This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

COUNTWAY LIBRARY
HC 1JEZ C

Digitized by Google

Library
Boston Psychopathic
Hospital

Boston, Massachusetts

Digitized by Google

Digitized by Google

6169

Digitized by Google

1. 26

Digitized by Google

Digitized by Google

RECUEIL

DE

FAITS CLINIQUES

1883-1886

PAR MM.

H. BERNHEIM

PROFESSEUR A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Et P. SIMON

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA MÊME FACULTÉ

PARIS

OCTAVE DOIN, ÉDITEUR

8, PLACE DE L'ODÉON, 8

1890

Digitized by Google

Medicine - Clinical -

7C
B457
995 BOSTON MEDICAL LIBRARY
IN THE
FRANCIS A. COUNTWAY
LIBRARY OF MEDICINE

Digitized by Google

PRÉFACE

Les études cliniques contenues dans ce petit volume ont été publiées dans la *Revue médicale de l'Est* pendant que j'avais l'honneur d'avoir comme chef de clinique M. le Dr Simon, actuellement professeur agrégé à la Faculté de Nancy.

Ce sont des faits isolés ou réunis que nous avons publiés avec quelques réflexions sommaires, à mesure que le hasard de la clinique les présentait à notre observation.

Nous rassemblons ici les pages disséminées dans la *Revue médicale* comme elles ont paru, c'est-à-dire sans ordre, et cela parce que le tirage à part des diverses pages a dû être fait après chaque article. L'ordre se trouve rétabli à la table des matières qui groupe les faits méthodiquement en dix chapitres.

BERNHEIM.

Digitized by Google

Digitized by Google

RECUEIL

DE

FAITS CLINIQUES

Sous ce titre, nous publierons, en les réduisant à leur plus simple expression, quelques observations intéressantes de notre clinique. Ce sera un simple recueil de faits, très sobre de commentaires, qui pourra être utilisé ultérieurement par ceux qui voudront faire des recherches spéciales sur ces différents sujets.

I. — *Abcès du foie par hépatite suppurée primitive. Métastase pulmonaire.*

Le nommé D... (Joseph), âgé de 57 ans, employé, entre à l'hôpital le 19 octobre 1884. La maladie actuelle aurait débuté, il y a 4 semaines, sans cause appréciable, sans traumatisme, par un *frisson violent* qui dura un quart d'heure et fut suivi de chaleur et de sueurs. Le malade dut, dès lors, rester alité; l'inappétence était absolue, des nausées et des vomissements se produisaient après les repas ; il survint de l'insomnie, de la *douleur à l'épaule droite,* une *sensation de tension abdominale,* enfin apparut une *légère suffusion ictérique* de la peau et des conjonctives. Auparavant, le malade avait toujours joui d'une bonne santé ; il déclare n'avoir jamais fait d'excès alcooliques.

Le 20 octobre, à la visite, on constate :

Constitution détériorée, amaigrissement considérable, dépression des forces, *teinte jaune subictérique* de la peau et des conjonctives. Temp. : 39°4. Pouls régulier : 120.

Urines hémaphéiques. Selles *colorées* par la bile. — *Douleur vive* rapportée par le malade à l'épaule droite, paraissant avoir son siège vers le milieu des vertèbres dorsales. — Anorexie, langue blanche, nausées fréquentes. — Le *foie est augmenté de volume ;* il descend jusqu'à deux travers de doigt de l'ombilic et remonte jusqu'au 7e es-

Digitized by Google

pace. A la palpation, on ne perçoit aucune bosselure à sa surface. Le ventre est souple partout ailleurs. — Sonorité thoracique partout normale. Respiration nette, quelques rhonchus disséminés. Rien à noter du côté du cœur.

Traitement : Eau alcaline gazeuse ; injection sous-cutanée de morphine (0,01) ; potion avec liqueur de Hoffmann, 2 grammes.

21 octobre. Le malade a été plus calme hier : la douleur a disparu à la suite de l'injection de morphine. Temp. : matin, 36°6 ; soir, 39°. Pouls : matin, 76 ; soir, 120.

22 octobre. Temp. : matin, 39° ; soir, 37°. Pouls : matin, 120 ; soir, 88.

23 octobre. Temp. : matin, 37°8 ; soir, 40°2. Pouls : matin, 100 ; soir, 106.

24 octobre. Temp. : matin, 37° ; soir, 37°7. Pouls : matin, 88 ; soir, 96.

25 octobre. Temp. : matin, 37°8 ; soir, 37°4. Pouls : matin, 92 ; soir, 84. Insomnie depuis quelques jours.

Sirop de morphine. . . . . } *āā* 20 grammes.
Sirop de chloral . . . . . }

26 octobre. Temp. : matin, 37°4 ; soir, 38°. Pouls : matin, 80 ; soir, 84.

27 octobre. Temp. : matin, 38°8 ; soir, 39°. Pouls : matin, 84 ; soir, 88.

28 octobre. Temp. : matin, 37°2 ; soir, 37°6. Pouls : matin, 80 ; soir, 84.

29 octobre. Temp. : matin, 37°2 ; soir, 37°6. Pouls : matin, 84 ; soir, 88.

30 octobre. Temp. : matin, 38°2 ; soir, 37°5. Pouls : matin, 88 ; soir, 88.

31 octobre. Matité à la base droite, râles sous-crépitants à ce niveau. Rhonchus et sibilances disséminés. Temp. : matin, 37° ; soir, 37°3. Pouls : matin, 80 ; soir, 84.

1er novembre. A la visite, on trouve le malade couvert de sueurs ; il se plaint d'avoir éprouvé un violent frisson ce matin. Temp. : matin, 36°8 ; soir, 38°2. Pouls : matin, 80 ; soir, 96.

2 novembre. Hier soir, nouveau frisson non suivi de sueurs. Temp. : matin, 36°7 ; soir, 37°2. Pouls : matin, 68 ; soir, 78.

3 novembre. Temp. : matin, 36°8 ; soir, 37°. Pouls : matin, 84 ; soir, 80. (Potion avec sulfate de quinine, 1 gramme.)

4 novembre. Temp. : matin, 39° ; soir, 36°6. Pouls : matin, 112 ; soir, 96. Violent frisson vers le soir.

5 novembre. Temp. : matin, 37° ; soir, 39°. Pouls : matin, 80 ; soir, 120.

6 novembre. Temp. : matin, 36°6 ; soir, 36°4. Pouls : matin, 100 ; soir, 96.

7 novembre. Temp. : matin, 36°2 ; soir, 38°. Pouls : matin, 64 ; soir, 100. Violent frisson avec chaleur et sueurs ce matin. (Sulfate de quinine, 1 gramme.)

Digitized by Google

8 novembre. Temp. : matin, 37°; soir, 36°8. Pouls : matin, 104; soir, 99. (Sulfate de quinine, 1 gramme.)

9 novembre. Nouveau frisson ce matin. Temp. : matin, 36°8; soir, 37°. Pouls : matin, 88; soir, 72. (Sulfate de quinine, 1 gramme.)

10 novembre. Temp. : matin, 36°5; soir, 36°6. Pouls : matin, 68; soir, 84. Pas de frisson ce matin. (Sulfate de quinine, 1 gramme.)

11 novembre. Violent frisson à 8 heures du matin. Temp. : matin, 38°2; soir, 36°8. Pouls : matin, 92; soir, 86.

12 novembre. Mêmes signes du côté du foie. Faiblesse excessive. Respiration à 44, haletante; langue sèche; pouls petit, presque imperceptible. Temp. : matin, 37°8; soir, 37°2. Pouls : matin, 110; soir, 100. (Esprit de nitre dulcifié, 4 grammes. Injection sous-cutanée d'éther sulfurique.)

13 novembre. Le malade succombe à 5 heures du matin.

Autopsie : *Abdomen.* Le foie mesure 28 centimètres transversalement, 20 centimètres de haut en bas dans sa plus grande hauteur. En séparant le diaphragme du foie, on tombe, à la hauteur de la moitié supérieure du bord droit, sur une poche purulente superficielle de 10 centimètres de diamètre en tous sens, contenant environ 400 grammes d'un pus crémeux, épais, mélangé de bile et dans lequel flottent des débris membraneux blanchâtres et du mucus gélatiniforme; les parois de la poche sont fongueuses et présentent par places des plaques crétacées. Sur le milieu de la face convexe du lobe droit, au niveau de la 8e et de la 9e côte, il existe une saillie rougeâtre de 6 centimètres de long sur 7 centimètres de large, d'où l'on fait sortir un pus séreux. A la coupe, on voit que cette plaque forme la paroi externe d'un abcès creusé dans l'épaisseur du parenchyme et constitué par quatre poches fusionnées en une seule. Au-dessous, il existe encore une dizaine de petits abcès pisiformes remplis d'un pus concret. Partout ailleurs, le foie est rouge, congestionné. La veine-porte ne contient pas de pus. — *Reins.* Le rein droit ne présente rien d'anormal. Le rein gauche présente une dilatation considérable du bassinet et des calices, qui forment une poche remplie de liquide citrin. Estomac et intestin normaux. Aucune trace d'ulcération. La rate ne présente rien de spécial.

Thorax : *Poumon droit.* Quelques adhérences pleurales. Abcès pisiforme au sommet. Splénisation du lobe inférieur. — *Poumon gauche.* Lobe supérieur emphysémateux. Infarctus en grand nombre dans les deux lobes, les uns récents, les autres suppurés. Tissu pulmonaire crépitant partout, un peu œdématié. Splénisation à la base. — *Cœur.* 40 grammes de sérosité dans le péricarde. Taches laiteuses récentes à la base. Hauteur : 12e ½; largeur : 12 centimètres. Ventricule droit, épaisseur : 8 millimètres; distance de la cloison au bord droit : 7 centimètres. Ventricule gauche, épaisseur de la paroi : 18 millimètres;

Digitized by Google

distance de la cloison au bord gauche : 6c ½. Valvules normales. Tissu flasque, jaune, dégénéré.

En résumé, il s'agit d'une hépatite suppurée de cause inconnue, ayant déterminé des abcès multiples du foie : le point de départ n'a pu être trouvé dans le système de la veine-porte, laquelle d'ailleurs n'était pas altérée. Comme symptômes, notons le frisson initial, la douleur à l'épaule droite, l'augmentation de volume du foie, l'ictère hémaphéique, les frissons répétés et la fièvre à exacerbations irrégulières. Une mention spéciale doit être faite des abcès métastatiques pulmonaires consécutifs.

II. — *Dysenterie chronique. Pyléphlébite et spléno-phlébite suppurées. Vastes abcès spléniques et périspléniques.*

Le nommé R... (Joseph), exerçant la profession de tisserand, habituellement bien portant, entre à l'hôpital le 21 août 1884. La maladie actuelle a débuté le 2 août par *une diarrhée sanguinolente* accompagnée de coliques assez vives. Peu à peu l'appétit se perdit, des vomissements se produisirent à plusieurs reprises et le malade, sentant son état s'aggraver, fut forcé de garder le lit ; enfin, le 18 août, apparut au pied gauche une douleur localisée exactement à la partie supérieure et interne du calcanéum.

A son entrée, on note les faits suivants : Le malade présente un *aspect cachectique* très prononcé ; cependant la diarrhée a diminué, il n'y a plus que 4 selles diarrhéiques par jour et l'on n'y constate plus de sang. Le ventre est dur, sonore partout, sensible à la pression ; on n'y perçoit aucune tumeur ; il n'existe pas non plus d'ascite. Le foie et la rate ont conservé leurs dimensions normales, l'estomac n'est pas dilaté. L'examen du cœur ne révèle rien de spécial. La sonorité thoracique est normale sous les deux clavicules ; la respiration est nette à ce niveau. En arrière, le murmure vésiculaire est un peu rude aux sommets. L'articulation tibio-tarsienne paraît indemne, les mouvements de flexion et d'extension du pied sur la jambe ne déterminent pas de douleur ; au contraire, les mouvements de rotation imprimés au pied éveillent une sensibilité très vive ; l'articulation sous-astragalienne est donc seule intéressée. La température est légèrement fébrile. Temp. : soir, 38°6.

Le malade séjourne à l'hôpital pendant un mois. Après quelques alternatives d'amélioration et de recrudescence, la diarrhée est arrêtée définitivement à l'aide du nitrate d'argent administré à l'intérieur, mais la faiblesse est la même et l'état général est toujours mauvais. Vers la fin d'octobre, la cachexie s'accentue, la température s'élève,

Digitized by Google

le pouls devient fréquent, petit, dépressible; une eschare se forme au sacrum et le malade finit par succomber le 31 octobre dans le marasme, sans que l'examen des organes ait dénoté rien de particulier.

Autopsie : *Abdomen.* Pas d'épanchement dans le péritoine, quelques brides filamenteuses anciennes relient l'épiploon au péritoine pariétal. Au niveau de la face postéro-externe de la rate, il existe un abcès du volume d'un œuf de poule, limité en avant par le tissu même de la glande dans laquelle il se creuse une loge de 3 centimètres environ de profondeur, en arrière par la capsule de la rate qui est épaissie et adhérente au diaphragme. Un second abcès existe entre l'estomac et la rate; enfin, entre le foie et l'estomac, se trouve une nappe purulente assez considérable. La muqueuse stomacale présente des traces d'inflammation chronique, mais sans ulcérations. La rate mesure 16 centimètres de haut sur 10 de large; son tissu est mou et friable. Le pancréas est sain; au niveau de son bord supérieur, on constate une longue traînée purulente qui est constituée par la veine splénique elle-même, remplie de pus. Le tronc de la veine-porte est gorgé de pus; le foie est fortement hyperhémié; à la coupe, on constate que les ramifications de la veine-porte contiennent également du pus; de plus, dans le lobe gauche, il existe deux abcès. L'intestin présente une teinte ardoisée. A 20 centimètres au-dessus de la valvule iléo-cœcale, il existe une ulcération noire, en partie cicatrisée, tapissée de détritus mortifié, mesurant 4 centimètres de long sur 1 centimètre de large. A ce niveau, l'intestin est dur et crie sous le scalpel. Le rein droit présente quelques noyaux d'infarctus hémorrhagiques, le gauche est absolument sain. — *Thorax.* Le cœur présente des dimensions un peu inférieures à l'état normal. Le tissu musculaire est pâle, anémié; les valvules sont intactes. Un peu d'emphysème des lobes supérieurs des deux poumons. Congestion et œdème des lobes inférieurs.

Il s'agit donc, dans cette observation, d'une *pyléphlébite* avec *spléno-phébite* suppurées consécutives à une dysenterie à peu près guérie depuis plusieurs semaines et dont il ne restait à l'autopsie qu'une ulcération dans l'iléon. Cette affection est restée latente; aucun symptôme hépatique ou splénique n'a pu être constaté. La cachexie progressive et une fièvre modérée à type rémittent ont seules marqué cette suppuration viscérale profonde.

III. — *Alcoolisme. Ictère datant de trois semaines. Excitation maniaque avec hallucinations, coma et mort. — Stéatose du foie avec commencement de cirrhose.*

B... (Édouard), âgé de 41 ans, domestique, entre à la clinique le 4 novembre 1884. Interrogé sur ses antécédents morbides, il nous

Digitized by Google

apprend qu'il est sujet, depuis une vingtaine d'années, à des attaques d'épilepsie qui se reproduisent à de rares intervalles, environ trois fois par an : elles seraient précédées d'une aura céphalique (vertiges, éblouissements) et s'accompagnent de chute et de morsure de la langue : l'attaque terminée, il persiste de la céphalalgie et de la courbature. Le malade nie expressément toute espèce d'accidents syphilitiques antérieurs ; en revanche, il accuse des *habitudes alcooliques* invétérées ; il présente, du reste, les signes rationnels de l'alcoolisme chronique : tremblement des mains, vomissements pituiteux le matin à jeun, visions terrifiantes, etc.

L'affection qui l'amène à l'hôpital remonte à trois semaines : le malade s'aperçut alors *qu'il avait la jaunisse;* ses selles étaient diarrhéiques et *décolorées ;* en même temps, il fut pris d'une toux légère sans expectoration ; enfin, depuis cinq jours, il éprouve de l'*insomnie* et il est tourmenté par des *hallucinations continuelles.*

État actuel (*5 novembre*) : Le malade présente une *teinte ictérique* très accentuée, occupant toute la surface de la peau ; les conjonctives sont également colorées en jaune. Le pouls est très fréquent ; la température est manifestement fébrile, mais l'agitation excessive du malade ne permet pas de lui placer le thermomètre sous l'aisselle. Le creux épigastrique est le siège d'une voussure très accusée ; *le foie est hypertrophié,* indolore et descend jusqu'à un travers de doigt au-dessus de l'ombilic. La rate ne semble pas augmentée de volume. Quant à l'appareil circulatoire, nous ne trouvons rien de particulier a signaler ; la matité précordiale est normale, la pointe n'est pas déviée, les bruits sont nets, sans souffle. La sonorité thoracique est normale en avant et en arrière, sauf dans les deux derniers espaces intercostaux ; on perçoit, à ce niveau, quelques râles sous-crépitants. Les urines sont *albumineuses* et contiennent du *pigment biliaire* en abondance.

6 novembre, soir. Le malade a déliré toute la journée, il est en proie à des hallucinations et on a peine à le maintenir dans son lit. Vers le soir, trompant la surveillance de l'infirmier, il parvient à s'enfuir dans la cour de l'hôpital. Ramené aussitôt à sa place, il tombe dans un coma profond, interrompu par une nouvelle période d'excitation : il crie, vocifère, injurie des êtres imaginaires, se débat dans son lit, puis le calme revient et le malade succombe à 3 heures du matin.

Autopsie : Le poids du foie est de 2,020 grammes. Sa surface est lisse, ses bords arrondis. Sa couleur est jaune-orange, uniforme avec quelques arborisations vasculaires. Sa consistance est ferme ; il crie sous le scalpel. Sur la coupe, on constate des îlots jaunes, séparés par des tractus grisâtres. Les voies biliaires sont libres, la vésicule ne contient pas de calculs. Le cœur n'est pas hypertrophié, les valvules sont intactes, le muscle est pâle, friable, flasque. L'aorte présente, à son

Digitized by Google

origine, quelques plaques d'athérome. Emphysème des lobes supérieurs des deux poumons, œdème et congestion des deux bases. L'estomac est volumineux et dilaté. Les reins sont sains. La rate a conservé son volume normal, elle est seulement ramollie et friable. Le cerveau est intact, sauf un peu d'œdème sous-arachnoïdien.

Examen histologique du foie : sur des coupes préparées suivant la méthode ordinaire et colorées au moyen du picro-carmin, on constate, au niveau des grands espaces portes, de grosses travées conjonctives formées de tissu fibrillaire et très riches en tissu embryonnaire. De ces travées, les unes sont limitées aux espaces interlobulaires, les autres émettent des prolongements qui s'étendent à une certaine distance autour du lobule hépatique, mais sans le circonscrire complètement (à peine le $^1/_3$ en quelques points); le tissu de nouvelle formation ne pénètre pas non plus dans l'intérieur du lobule. On ne constate pas de dilatation, ni de production nouvelle de canalicules biliaires. Les cellules hépatiques sont pour la plupart altérées : les unes sont augmentées de volume et remplies de grosses gouttelettes graisseuses; les autres, relativement plus saines, ont conservé leur forme polygonale; leur noyau est assez distinct et leur protoplasme est rempli de granulations pigmentaires et graisseuses.

Nous n'avons pas intitulé cette observation « Cirrhose hypertrophique graisseuse », vu que l'examen histologique du foie ne montre pas exactement les lésions qu'on a décrites dans cette affection, à savoir la néoformation de canalicules biliaires et la prolifération conjonctive intra et extra-lobulaire. Dans notre cas, l'infiltration graisseuse du foie constituait la lésion principale et l'hépatite interstitielle était limitée à quelques espaces portes; il n'y avait pas non plus de néoformation de canalicules biliaires. Cette hépatite interstitielle était certainement secondaire et rappelait ce que l'on trouve dans certaines autres dégénérescences graisseuses du foie, notamment dans la stéatose phosphorée. D'ailleurs, la cirrhose hypertrophique graisseuse elle-même n'est pas une entité morbide bien définie; Sabourin a montré que les lésions anatomiques peuvent varier. Notre observation est en réalité un cas d'ictère grave chez un alcoolique porteur d'un foie gras. Elle montre que l'hépatite interstitielle peut être *consécutive* à la stéatose et que l'une des variétés de la cirrhose hypertrophique graisseuse est constituée par une dégénérescence graisseuse primitive sur laquelle viennent se greffer des lésions interstitielles.

Digitized by Google

IV. — *Squirrhe atrophique latent du sein. Coxalgie cancéreuse. Plaques cancéreuses dans les vertèbres et les côtes. Cachexie.*

Anna Discours, 39 ans, se dit malade depuis cinq mois : l'affection aurait débuté par une douleur à la jambe droite, qui la forçait à boiter en marchant. Elle fut traitée, à cette époque, dans un service de chirurgie pour une *coxalgie*. Depuis quatre mois, l'appétit s'est perdu, des vomissements glaireux se produisent journellement, enfin la faiblesse a été toujours en croissant.

Le 27 octobre, à son entrée, on constate chez elle un *amaigrissement* considérable, un *teint jaune-paille* caractéristique. Les membres inférieurs sont œdématiés et présentent quelques taches de purpura ; il existe une eschare superficielle au sacrum. Apyrexie parfaite. Pouls petit, régulier, égal. Il existe au sein gauche une *tumeur* dure, peu sensible, sans bosselures et sans adhérences à la peau ; le sein tout entier est atrophié. Le thorax est amaigri, les clavicules saillantes. La percussion et l'auscultation ne dénotent rien d'anormal dans les poumons. La pointe du cœur n'est pas déplacée, la matité précordiale est normale. Les bruits sont nets, souffle anémique à la pointe. L'examen de l'abdomen ne dénote aucune tumeur. Au toucher vaginal, on trouve le col normal ; il n'existe, du reste, aucun signe de carcinome utérin, pas de leucorrhée ni d'hémorrhagies. Les articulations du genou et du cou-de-pied sont intactes ; au contraire, les tentatives de flexion et d'extension de la cuisse sur le bassin donnent lieu à des douleurs très violentes.

Du 28 octobre au 2 novembre, les symptômes s'accentuent, la faiblesse est extrême, le pouls est petit, dépressible, la diarrhée apparaît ; à plusieurs reprises, la malade a des vomissements noirâtres, enfin la mort survient le 3 novembre dans le marasme.

Autopsie : Induration squirrheuse du sein gauche. Surcharge graisseuse considérable du cœur, tissu flasque et pâle ; dimensions normales. La rate, les reins, l'estomac, l'œsophage, le poumon ne présentent rien de spécial. Le foie est stéatosé, de couleur jaune-chamois ; il présente à sa surface et à la coupe plusieurs petites tumeurs lardacées, du volume d'une noisette. Le col du fémur est ramolli, envahi par le tissu cancéreux, et se laisse facilement trancher par le scalpel. Plaques cancéreuses dans les corps vertébraux et dans les côtes. Le microscope montre, dans les os et dans le foie, les lésions du carcinome à évolution rapide.

L'affection de la hanche, la coxalgie, a donc d'abord appelé l'attention : la tumeur du sein était petite, indolore, presque inconnue de la malade : celle-ci a succombé à la cachexie cancé-

Digitized by Google

reuse. Ainsi un squirrhe atrophique du sein, à évolution lente ou *arrêtée,* a été le point de départ d'une propagation cancéreuse dans les vertèbres, les côtes, le foie, le col du fémur. Cette généralisation a été notée déjà par Cazalas; elle est d'observation courante à la Salpêtrière.

V. — *Fièvre typhoïde. Ataxie. Accélération primitive et faiblesse du pouls. Insuccès de la digitale. Engouement passif des poumons. Mort.*

Christine B..., 20 ans, domestique, est entrée au service le 6 décembre 1884. L'affection qui l'amène à l'hôpital aurait commencé *il y a un mois* environ par de la *lassitude,* de *la faiblesse générale.* Depuis trois semaines, la malade *a perdu l'appétit;* on lui fit prendre alors un purgatif qui détermina une *diarrhée abondante* qui persiste encore aujourd'hui. Vers le 25 novembre, c'est-à-dire il y a onze jours, elle eut une *légère épistaxis,* des *vertiges* et des *bourdonnements d'oreilles,* enfin une *céphalalgie* opiniâtre. Elle put cependant rester levée et ne fut forcée de s'aliter que le 1er décembre.

État actuel (*7 décembre*) : Constitution moyenne, tempérament lymphatique. Temp. : matin, 40°4. Pouls, 124. Resp., 36.

Intelligence nette : la malade répond bien aux questions, mais la parole et le regard trahissent *une vive excitation.* (La nuit précédente la malade a cherché à s'enfuir et on a dû la barricader dans son lit.)

Les lèvres *sont fuligineuses,* la langue est couverte d'un enduit jaunâtre. L'abdomen est un peu ballonné. *Gargouillement* dans la fosse iliaque droite. Pas de taches rosées nettes. Submatité à la base des deux poumons. Quelques râles sous-crépitants à ce niveau. Rhonchus et sibilances généralisés. (Potion avec digitale, 75 centigrammes. Bain tiède.) Temp. : soir, après le bain, 39°2. Pouls, 104. Resp., 36.

8 décembre. Temp. : matin, 40°5; soir, 40°2. Pouls : matin, 124; soir, 112. Resp. : matin, 36; soir, 44. Diarrhée abondante (10 selles dans les 24 heures). Digitale, 0,75. Lavement laudanisé (XV gouttes).

9 décembre. Temp. : matin, 40°5; soir, 40°5. Pouls : matin, 120; soir, 132. Resp. : matin, 44; soir, 44. La malade a été très agitée toute la nuit. Subdélire. La langue est humide; la diarrhée continue (4 selles). Urines et selles involontaires. Taches rosées nombreuses. Abdomen un peu bouffi. A la base droite, matité depuis l'angle de l'omoplate; à gauche, submatité dans les 3 derniers espaces. Respiration obscure aux deux bases. (Ventouses sèches, café.)

10 décembre. Temp. : matin, 39°5; soir, 40°4. Pouls : matin, 116; soir, 132. Resp. : matin, 36; soir, 40. La malade délire continuelle-

Digitized by Google

ment; elle cherche à sortir de son lit et à s'enfuir dans la salle. 3 selles diarrhéiques involontaires; pouls petit, dépressible. (Digitale, 75 centigrammes.)

11 décembre. Temp. : matin, 39°8; soir, 39°4. Pouls : matin, 128; soir, 120. Resp. : matin, 40; soir, 40. Dans la journée d'hier, la malade a été plus calme, mais elle a été reprise de délire et d'agitation la nuit. L'intelligence est assez nette et la malade répond bien aux questions. La diarrhée continue (2 selles). Même état des poumons : sibilances généralisées; pas d'hypostase. (Ventouses sèches.)

12 décembre. Temp. : matin, 38°6; soir, 38°4. Pouls : matin, 144; soir, 102. Resp. : matin, 48; soir, 36. Pouls petit, tremblotant; extrémités livides; face cyanosée; carphologie; agitation extrême, surtout la nuit; langue sèche; selles involontaires; nombreuses taches rosées; submatité et râles muqueux aux deux bases. (Vessie de glace sur la tête, douches et injections sous-cutanées d'éther.)

13 décembre. Temp. : matin, 39°; soir, 40°. Pouls : matin, 140; soir, 144. Resp. : matin, 30; soir, 30. La malade est assez calme, l'intelligence est nette. (Champagne, thé au rhum.)

14 décembre. Temp. : matin, 39°; soir, 39°8. Pouls : matin, 144; soir, 148. Resp. : matin, 40; soir, 36. Deux selles diarrhéiques hier. A droite, submatité depuis l'angle de l'omoplate jusqu'à la base; à gauche, submatité dans les 3 derniers espaces. Râles sous-crépitants aux deux bases. (Injections et douches d'éther.)

15 décembre. Temp. : matin, 39°8; soir, 39°4. Pouls : matin, 146; soir, 142. Resp. : matin, 40, irrégulière, spasmodique; soir, 40. L'agitation est moins considérable, la malade est profondément prostrée. Cyanose de la face et des lèvres; pouls petit, tremblotant; râles sous-crépitants dans toute la hauteur des deux poumons. (Potion avec citrate de caféine, 1 gramme; injection d'éther.)

16 décembre. La malade succombe à 3 heures du matin.

Autopsie : *Intestin grêle.* Au niveau de la valvule iléo-cœcale, il existe une vaste ulcération de cinq centimètres de diamètre, anfractueuse, à bords tuméfiés. Deux autres ulcérations de 2 et de 5 centimètres de diamètre se rencontrent au voisinage de la première. A 12 centimètres au-dessus de la valvule, existe une plaque ulcérée de 4 centimètres sur 2 centimètres $^1/_2$. Dans les 30 centimètres suivants, on trouve 6 ulcérations d'aspect furonculeux mesurant de 1 à 3 centimètres. Dans les 60 centimètres suivants, 13 follicules ulcérés, enfin, plus haut encore, quelques follicules clos simplement hyperplasiés. La muqueuse est fortement injectée dans les 20 premiers centimètres au-dessus de la valvule. Le *gros intestin* présente, dans une étendue de 30 centimètres au-dessous de la valvule, une quarantaine de follicules clos dont le fond rouge ulcéré est bordé d'un liseré noir. Les ganglions mésentériques sont considérablement tuméfiés. — *Poumons :*

Digitized by Google

crépitent partout et surnagent; noyaux d'atélectasie et emphysème des lobes supérieurs; congestion intense des lobes inférieurs. Le péricarde ne contient pas d'épanchement. — Le *cœur* mesure 10 centimètres de large sur 11 de hauteur. Cœur droit : largeur de la cloison au bord, $0^m,08$; épaisseur de la paroi, $0^m,005$. Cœur gauche : largeur, $0^m,05$; épaisseur, $0^m,02$. Tissu ferme, rouge normal. — *Foie :* volume normal; congestion veineuse; consistance assez flasque. — *Rate :* ramollie; longueur $0^m,14$; largeur $0^m,09$. — *Reins :* volume normal; décortication facile; congestion veineuse.

Il s'agit ici d'une forme ataxique de fièvre typhoïde; si nous publions cette observation, c'est pour insister sur le symptôme accélération du pouls. On sait, en effet, que dans la fièvre typhoïde le pouls est souvent moins fréquent que ne le comporte l'élévation de température; on voit celle-ci se maintenir dans les environs de 40°, tandis que le pouls ne dépasse pas 80 à 85 ou reste même inférieur à ce chiffre. Aussi l'accélération persistante du pouls depuis le début de la fièvre est d'un pronostic grave; et quand ce symptôme se manifeste dès les premiers jours, ou avant les déterminations pulmonaires graves, avant aussi qu'on puisse songer à un ramollissement typhique du cœur, alors ce symptôme indique que le poison typhique agit sur l'innervation cardiaque; c'est une accélération paralytique du cœur; il y a adynamie nerveuse cardiaque avec ou sans adynamie ou ataxie cérébro-spinale (dans notre cas, celle-ci existait aussi). L'engouement pulmonaire est consécutif à la faiblesse du cœur. La digitale, dans ces cas, reste impuissante; elle a beau abaisser la température, elle ne restaure pas l'innervation cardiaque, comme on le voit dans cette observation; il nous a paru, au contraire, découler des autres observations recueillies à la clinique, que la digitale, lorsqu'il s'agit d'une paralysie primitive de l'innervation cardiaque, peut être dangereuse et précipiter l'asystolie.

VI. — *Fièvre typhoïde, délire, broncho-pneumonie. Abaissement momentané de la température par l'antipyrine. Mort : splénite suppurée typhique.*

P... (Henri), 19 ans, peintre en bâtiments, entre à la clinique le 27 novembre 1884. Il se dit malade depuis six jours; les premiers symptômes qu'il a présentés consistaient en une *lassitude* générale et une violente *céphalalgie* sus-orbitaire; depuis quatre jours seulement *l'appétit a disparu,* en même temps le malade éprouvait des *bourdon-*

Digitized by Google

nements d'oreilles, une douleur obtuse dans la région occipitale et fut forcé de quitter son travail et de garder le lit; enfin, depuis deux jours, il a une *diarrhée* assez abondante, sans coliques.

État actuel (*28 novembre*) : constitution assez délicate, tempérament lymphatique. Temp. : matin, 39°9 ; soir, 40°. Pouls : matin, 92 ; soir, 96. La langue présente un enduit grisâtre au centre qui contraste avec la rougeur des bords. Le voile du palais et le fond de la gorge présentent une rougeur assez vive. *Taches rosées* peu abondantes sur l'abdomen qui est souple, non ballonné, indolore à la pression. La respiration est régulière; rien à signaler du côté du poumon.

29 novembre. Insomnie, rêvasseries nocturnes. Une selle diarrhéïque cette nuit. Temp. : matin, 39°6; soir, 40°2. Pouls : matin, 100; soir, 104. Resp. : matin, 36; soir. 40.

30 novembre. Subdélire nocturne. 4 selles diarrhéiques hier. Temp. : matin, 40° ; soir, 40°. Pouls : matin, 104; soir, 104. Resp. : matin, 44; soir, 46.

1er décembre. Temp. : matin, 40°. Pouls, 104. Resp., 46. Le malade a eu hier 4 selles diarrhéiques ; le délire persiste. Le ventre est un peu sensible. On administre ce matin 6 grammes d'*antipyrine* en trois doses de 8 à 10 heures du matin. Le médicament est parfaitement supporté. La température baisse rapidement de 40° à 38°6 pour remonter, à partir de 4 heures et demie du soir jusqu'à 5 heures et demie, à 40°.

2 décembre. Le malade se trouve mieux. Rhonchus et sibilances dans les poumons. Temp. : matin. 39°2; soir, 39°6. Pouls : matin, 100; soir, 104. Resp. : matin, 36; soir, 36.

3 décembre. La langue est sèche; le ventre est un peu bouffi, sensible à la pression. L'intelligence est un peu obtuse. La sonorité thoracique est normale des deux côtés. Respiration rugueuse, quelques sibilances. Temp. : matin, 39°3. Pouls, 100. Resp., 44. Le malade prend de nouveau ce matin 6 grammes d'*antipyrine*. La température baisse de 39° à 37°, en 3 heures, puis remonte à 38°6 pour redescendre de nouveau spontanément à 36°6, à 6 heures du soir.

4 décembre. Intelligence de plus en plus obtuse. Pouls petit, fréquent. Submatité dans les deux bases, râles muqueux fins à ce niveau. Temp. : matin, 41°5. Pouls, 136. Resp., 40. Antipyrine, 6 grammes. La température est prise d'heure en heure : 10 heures, 38°9; 11 heures, 38°4; 1 heure, 37°8; 2 heures, 36°3; 4 heures, 36°; 5 heures, 37°2; 6 heures, 37°2.

5 décembre. Le malade se trouve bien; la langue est humide. 3 selles diarrhéiques dans la journée et la nuit du 4. Submatité et râles sous-crépitants à la base droite. Temp. : matin, 38°4; soir, 40°1. Pouls : matin, 104; soir, 112. Resp. : matin, 40; soir, 42.

Digitized by Google

6 décembre. 6 selles diarrhéiques hier. Langue sèche. Temp. : matin, 39° ; soir, 39°7. Pouls : matin, 106 ; soir, 112. Resp. : matin, 44 ; soir, 42. Intelligence obtuse ; subdélire ; respiration assez nette, un peu rugueuse en avant ; en arrière et à droite, matité depuis l'angle de l'omoplate jusqu'à la base ; souffle et râles sous-crépitants à ce niveau (broncho-pneumonie droite) ; à gauche, submatité, rhonchus et râles muqueux fins à la base. (Ventouses sèches, digitale 60 centigrammes.)

7 décembre. Délire, selles involontaires ; mêmes signes du côté des poumons. Temp. : matin, 38°1 ; soir, 39°4. Pouls : matin, 104 ; soir, 96. Resp. : matin, 42 ; soir, 42. (Digitale, 60 centigrammes.)

8 décembre. 7 selles diarrhéiques. Temp. : matin, 38°1 ; soir, 39°4. Pouls : matin, 104 ; soir, 96. Resp. : matin, 36 ; soir, 38. (Laudanum de Sydenham, gouttes n° XV.)

9 décembre. Encore 6 selles diarrhéiques hier ; langue sèche ; ventre sensible ; prostration et délire continuels ; sonorité normale dans les fosses sus et sous-épineuses ; submatité à droite à partir de l'angle de l'omoplate ; sonorité à gauche jusqu'à la base ; à droite, respiration rugueuse au sommet ; souffle et râles sous-crépitants à la base ; à gauche, respiration assez nette, rhonchus et sibilances. Temp. : matin, 39°5 ; soir, 41°2. Pouls : matin, 116 ; soir, 116. Resp. : matin, 43 ; soir, 42. (Vésicatoire, thé au rhum, laudanum de Sydenham, gouttes n° XX.)

10 décembre. Même état. 6 selles diarrhéiques. Temp. : matin, 39°6 ; soir, 40°5. Pouls : matin, 108 ; soir, 112. Resp. : matin, 42 ; soir, 38.

11 décembre. 5 selles diarrhéiques ; le malade délire constamment, essaye de quitter son lit ; gros râles sous-crépitants en arrière et à droite. Temp. : matin, 39°5 ; soir, 40°. Pouls : matin, 112 ; soir, 124. Resp. : matin, 36 ; soir, 32. (Ventouses sèches, champagne.)

12 décembre. 4 selles diarrhéiques ; langue humide, couverte d'un enduit jaunâtre ; submatité aux deux bases, surtout à droite ; râles sous-crépitants dans toute la hauteur de côté droit, moins abondants à gauche. Temp. : matin, 39°3 ; soir, 40°6. Pouls : matin, 132 ; soir, 136. Resp. : matin, 40 ; soir, 40. (Potion avec liqueur d'Hoffmann, 2 grammes.)

13 décembre. 9 selles diarrhéiques volontaires ; ventre bouffi ; agitation excessive toute la nuit. Temp. : matin, 39°4 ; soir, 40°. Pouls : matin, 136 ; soir, 148. Resp. : matin, 44 ; soir, 44. (Injections sous-cutanées d'éther sulfurique.)

14 décembre. Même état. Surdité complète. Cependant le malade comprend quand on lui parle par signes. Déglutition difficile ; rien de particulier dans l'arrière-gorge ; pouls petit, tremblotant ; urines involontaires. Temp. : matin, 38°8 ; soir, 39°2. Pouls : matin, 120 ; soir, 140. Resp. : matin, 40 ; soir, 44. (Injections d'éther.)

15 décembre. Le malade divague constamment. Le regard est vague, la prostration excessive ; la face est cyanosée, les extrémités livides.

Digitized by Google

Respiration irrégulière, suspirieuse; râles sous-crépitants dans toute l'étendue des poumons. Temp : matin, 39°4; soir, 39°. Pouls : matin, 128; soir, 140. Resp. : matin, 48; soir, 44. (Injections et douches d'éther, champagne.)

16 décembre. Respiration lente, spasmodique; pouls imperceptible; face anxieuse, cyanosée; submatité et râles sous-crépitants à la base droite; sonorité, râles fins à gauche. Temp. : matin, 40°. Pouls, 144. Resp., 24. Dans l'après-midi, une selle hémorrhagique peu abondante (200 grammes environ); mort à 5 heures du soir.

Autopsie : *Intestin grêle.* Au niveau de la valvule iléo-cœcale, la muqueuse est pâle et présente un certain nombre de follicules clos ulcérés. Au-dessus, la paroi prend une teinte rouge violacé, ecchymotique; on y rencontre plusieurs plaques de Peyer plus ou moins profondément ulcérées. Plus loin encore, de nombreux follicules hyperplasiés. A 40 centimètres de la valvule, on trouve une plaque ulcérée de 2 centimètres de longueur, autour de laquelle la muqueuse est fortement injectée. Enfin, dans une étendue d'environ 2 mètres, on observe des plaques de Peyer et des follicules clos tuméfiés. — *Gros intestin.* Aucune lésion. — *Rate.* Considérablement augmentée de volume, elle mesure jusqu'à 20 centimètres de hauteur. Sa capsule est épaissie, rouge, vascularisée. A sa partie supérieure, la glande adhère au diaphragme dont elle ne peut être séparée qu'avec difficulté; en bas, elle contracte également des adhérences avec le rein gauche. A la partie supérieure et antérieure de la rate, entre elle et sa capsule, il existe un abcès de 6 centimètres de haut sur 4 de large, à parois assez lisses, laissant écouler par la section un pus rougeâtre. Un autre abcès également superficiel, du volume d'une grosse noix, existe à la partie postérieure, au niveau du tiers supérieur de l'organe. Enfin, à la section de la rate, on constate qu'elle est criblée elle-même d'abcès dont le volume varie d'une noisette à un œuf de pigeon. De plus, au bord antérieur, au niveau de l'union du tiers supérieur avec le tiers moyen, il existe un infarctus jaunâtre en voie de suppuration, de 6 centimètres de long sur une profondeur de 2 centimètres. La veine splénique ne contient pas de pus. Le pancréas est sain. Les reins présentent leur volume normal. Congestion veineuse. — *Foie :* 1,830 grammes. Lobulation peu marquée, teinte pâle, jaunâtre; consistance pâteuse. — *Cœur.* Surcharge graisseuse assez considérable. Dimensions normales. Valvules intactes. Tissu pâle, décoloré, assez friable. — *Poumons.* Droit : emphysème des lobes supérieurs, splénisation des lobes moyen et inférieur. Un fragment projeté dans l'eau tombe immédiatement au fond. Poumon gauche : œdème et congestion du lobe inférieur.

Ainsi, une splénite suppurée s'est développée dans ce cas de fièvre typhoïde, sans symptômes : pas de douleur dans la région

Digitized by Google

de la rate, pas de frissons; la fièvre à exacerbations irrégulières semblait due aux complications pulmonaires.

Ces abcès de la rate étaient primitifs, résultant d'une splénite typhique; ils n'étaient pas métastatiques; les ulcérations intestinales n'étaient pas considérables; la veine-porte et la veine splénique ne contenaient pas de pus.

Divers auteurs ont signalé cette splénite suppurée. Murchison, Robertson, Hoffmann, Jenner, relatent des cas d'infarctus ramollis de la rate avec péritonite consécutive. Griesinger vit un abcès dans la rate, dont un fragment détaché par la suppuration était libre dans une cavité sanieuse; il n'y avait pas infection purulente. Stricker signale la rupture d'un abcès de la rate. Coutenot rapporte à la Société médicale de Besançon un type de splénite typhoïde suppurée (voir Rate, *Dictionn. encyclopédique;* et les *Traités* de Murchison et de Griesinger). Dans un cas de Liebermeister, on rencontre une péritonite généralisée et la rate transformée en foyer puriforme, sans rupture. Enfin, Vigla, Landouzy, Liebermeister signalent des cas de rupture de la rate (sans suppuration), survenus dans le cours de la fièvre typhoïde.

VII. — *Insuffisance aortique d'origine rhumatismale. Mort par asystolie. Endocardite valvulaire végétante. Anévrysme valvulaire mitral.*

Le nommé M... (Charles), exerçant depuis deux ans la profession de peintre en bâtiments, est entré à la clinique le 7 novembre 1884. Autrefois bien portant, il eut, en 1880, une *attaque de rhumatisme articulaire aigu* qui le tint alité pendant trois semaines. Les genoux et les cous-de-pied furent pris tout d'abord, puis l'épaule gauche; il éprouva au même moment de l'*oppression* et *des battements de cœur* qui persistèrent alors que le malade, guéri de ses douleurs articulaires, s'était levé et avait repris son travail, et le forcèrent même à garder le repos pendant quelque temps. Quoi qu'il en soit, depuis le mois de janvier 1881 il n'éprouvait plus aucun malaise, quand, le 21 octobre dernier, à la suite d'un refroidissement (?), il fut pris de *toux,* d'*expectoration* et d'*œdème des membres inférieurs* pour lesquels il vint se faire traiter à l'hôpital.

8 novembre. Le malade est un jeune homme de constitution délicate, de tempérament lymphatique, très anémique, d'une pâleur excessive depuis son enfance, mais exagérée encore depuis une dizaine de jours. Jamais il n'a présenté d'accidents saturnins, ses gencives ne présentent pas le liseré caractéristique de l'intoxication plombique. L'œdème des membres inférieurs a disparu. *Voussure précordiale con-*

Digitized by Google

sidérable. Le choc du cœur se fait sentir sur une très grande surface dans les 5e et 6e espaces intercostaux. Pointe du cœur *au 6e espace,* à un travers de doigt *en dehors de la ligne mamillaire.* Léger frémissement cataire à ce niveau.

A la pointe du cœur, souffle doux aux deux temps; à la base, immédiatement sur le sternum, *souffle doux* aspiratif, diastolique, se propageant dans les carotides. *Double souffle dans les crurales.* Le pouls est à 116, vif, un peu *bondissant.* La sonorité thoracique est normale en avant sous les deux clavicules. La respiration est nette à ce niveau. En arrière, rien de spécial à signaler. Rien de particulier du côté des fonctions digestives.

9 novembre. Urine, 700; pas d'albumine. Diagnostic: *insuffisance aortique, asystolie.* (Infusion de digitale, 30 centigrammes.)

10 novembre. Urine : 600. Densité : 1025. Point douloureux vers le bord axillaire droit; matité dans les 4 derniers espaces à droite et dans les 2 derniers à gauche. Sibilances dans les deux bases. (Digitale, 30 centigrammes.)

11 novembre. La veille, vers 10 heures du soir, le malade a été pris de coliques extrêmement vives qui ont persisté jusqu'à 3 heures du matin; il a rendu deux selles très dures et a eu en outre deux vomissements glaireux. Le ventre est assez souple, non rétracté. (Cataplasme laudanisé, potion avec liqueur de Hoffmann, 2 grammes.)

12 novembre. Urine : 850. Densité : 1027. Les urines sont troubles, jumenteuses. Le malade a de la difficulté à uriner et présente un peu de ténesme. Cependant la vessie ne contient que peu de liquide. Le ventre est souple, indolore à la pression.

14 novembre. Urine : 450. Densité : 1025. Temp. : 37°6. Pouls : 120. Resp. : 60.

Le malade se plaint d'oppression et de douleur en respirant. Le choc du cœur est net; la région précordiale n'est pas douloureuse à la pression. Douleur vive au niveau des 8e, 9e et 10e espaces intercostaux. Submatité dans les 4 derniers espaces à gauche et dans les 3 derniers à droite. Respiration un peu rugueuse dans les fosses sus-épineuses, rude aux deux bases. (Vésicatoire.)

Du 15 au 22 novembre, les urines sont peu abondantes, 400 à 600 centimètres cubes, troubles; la densité varie entre 1020 et 1030. La température, normale le matin, s'élève tous les soirs entre 38°5 et 39°5. L'état général est assez satisfaisant néanmoins; le malade ne se plaint pas; pas de toux ni d'expectoration, pas de bourdonnements d'oreilles, de vertiges, ni de céphalalgie.

Le 22 novembre, on note : submatité dans les deux bases, râles sous-crépitants à la base gauche jusqu'à l'angle de l'omoplate. Urine : 550. Densité : 1022. Temp. : matin, 37°; soir, 39°. Pouls : matin, 112; soir, 140.

Digitized by Google

Du 23 novembre au 8 décembre, la situation est la même. Les urines augmentent un peu en quantité (900 à 1,000 centimètres cubes), de densité égale à 1019 et 1020, puis retombent bientôt à 500 et 600 centimètres cubes. La fièvre vespérale persiste; l'apyrexie restant parfaite le matin. Le malade tousse beaucoup; rhonchus et sibilances disséminés dans les deux poumons. (Tisane pectorale, potion avec extrait de jusquiame, 10 centigrammes.)

8 décembre. L'état général devient mauvais, le pouls est petit, dépressible, inégal; toutes les 4 ou 5 systoles, une pulsation fait défaut. Submatité dans les deux bases, sibilances et râles muqueux fins. Pas d'albumine dans les urines. Anémie excessive. (Teinture de malate de fer.)

10 décembre. Urine : 350. Densité : 1025. Temp. : matin, 37°; soir, 38°5. Pouls : matin, 108; soir, 124. Pouls filiforme, irrégulier. Vomissements incessants pendant la nuit. (Glace, potion de Rivière, café.)

11 décembre. Urine : 900. Densité : 1022. Temp. : matin, 37°6; soir, 38°. Pouls : matin, 116; soir, 112. Pouls imperceptible à l'artère radiale, teinte livide et refroidissement des extrémités. Anxiété profonde. (Champagne glacé.)

Mort le 12 au matin.

Autopsie : Pas de liquide dans le péricarde. Adhérences péricardiques, surtout dans la région de la pointe du cœur; un peu d'exsudat gélatiniforme, à ce niveau. Le cœur mesure 0^{m},145 de hauteur, 0^{m},125 de large. Le cœur droit contient quelques caillots mous et un peu de sang fluide; sa largeur est de 0^{m},065; l'épaisseur de sa paroi est de 0^{m},0075; les valvules sont intactes. Le cœur gauche contient également quelques caillots récents; sa largeur est de 0^{m},07; la paroi mesure 0^{m},017 d'épaisseur. La valvule mitrale ne présente ni rétrécissement ni insuffisance, mais son bord libre est épaissi, inégal. Sur la valve postérieure, à 0^{m},007 au-dessus du bord libre, il existe un petit anévrysme valvulaire conique dont le sommet très aminci regarde l'oreillette, tandis que l'orifice regarde la cavité du ventricule. Cet anévrysme mesure environ 0^{m},005 de hauteur et 0^{m},0045 de diamètre; il ne contient pas de sang. Une autre tumeur semblable, mais plus petite, se rencontre sur la même valve, un peu à gauche de la première.

L'orifice aortique laisse facilement pénétrer l'extrémité du doigt. Sa circonférence est d'environ 0^{m},07. Les valvules semi-lunaires ont conservé une certaine souplesse, mais présentent au-dessus de leur bord libre une couronne de végétations verruqueuses formant une saillie d'un centimètre environ. Au-dessus de la valvule sigmoïde gauche, il existe une ulcération, de 0^{m},005 de longueur, intéressant la plus grande partie de la paroi aortique. Les orifices des artères coronaires sont libres. Enfin, au-dessous de cette même valve gauche, l'en-

Digitized by Google

docarde ventriculaire est altéré et présente sur une étendue de 2 centimètres en tous sens des végétations molles et flottantes. Le tissu du cœur est assez ferme et présente sa coloration normale. Le poids total de l'organe débarrassé du sang qu'il contenait, est de 760 grammes. L'aorte n'est pas athéromateuse. — *Poumons*. Congestion et œdème des deux bases. — *Foie* muscade; poids 1,900 grammes, hauteur maxima 21 centimètres, largeur 24 centimètres. — *Rate*. Capsule épaisse, adhérente, difficile à séparer; longueur 17 centimètres, largeur 11 centimètres. Vaste infarctus cunéiforme, récent, au milieu de la hauteur, mesurant à sa base 5 centimètres, à son sommet 3 centimètres. Vers le sommet de l'organe, il existe plusieurs autres infarctus anciens, décolorés. — *Reins*. 11 centimètres de hauteur, 7 centimètres de largeur. Décortication facile. Infarctus récents et anciens dans le rein droit.

Nous insistons spécialement sur l'existence d'un anévrysme valvulaire sur la mitrale; cet anévrysme, très petit, pouvait passer inaperçu à un examen superficiel. Cette lésion décrite par Thurnam, Foerster et Pelvet, est bien connue; dans notre cas, comme toujours, l'orifice était situé dans le sens de la pression sanguine, c'est-à-dire sur la face inférieure ou ventriculaire de la valvule; tandis que sur les valvules sigmoïdes, il est toujours à la face supérieure ou artérielle. L'endocardite ramollit ou amincit une portion de la valvule, la pression sanguine pendant le jeu de la valvule distend cette portion et la rend anévrysmatique. Suivant Cornil et Ranvier, les anévrysmes valvulaires cupuliformes ou en entonnoir, sans aucune déchirure, sont rares; or, dans notre cas, le petit cône anévrysmatique était absolument intact; mais le sommet, excessivement mince, semblait prêt à se perforer à la moindre pression.

VIII. — *Fièvre typhoïde, broncho-pneumonie. Mort. Perforation gangréneuse du diaphragme.*

M... (Mathilde), âgée de 14 ans, est tombée malade il y a *15 jours :* l'affection aurait débuté par de la *céphalalgie,* des *douleurs vagues* dans le cou et l'abdomen, puis par une *anorexie* absolue. Huit jours après, elle dut s'aliter, une diarrhée abondante apparut, enfin depuis trois jours il existe de la *surdité* et du *subdélire.*

État actuel (*11 décembre 1884*) : La malade est une jeune fille de constitution délicate, de tempérament lymphatique. Les lèvres et les dents sont *fuligineuses.* La langue est couverte d'un enduit grisâtre.

Digitized by Google

Le ventre est *bouffi*, indolore; quelques *taches rosées* disséminées. Matité à la base droite dans les quatre derniers espaces. Respiration rugueuse, accompagnée de quelques râles fins à ce niveau. Intelligence assez nette, la malade répond bien aux questions, mais retombe dans son délire dès qu'on cesse de l'interroger. Temp. : matin, 38°5; soir, 39°6. Pouls : matin, 104; soir, 120. Resp. : matin, 24; soir, 24.

Diagnostic : fièvre continue au 16e jour (thé au rhum).

12 décembre. Temp. : matin, 40°1. Pouls : 124. Resp. : 34. Le délire est plus marqué, la malade parle et crie continuellement. La langue est sèche, le ventre ballonné. Depuis hier, trois ou quatre selles diarrhéiques involontaires (sirop de codéine, 30 gr.; bain tiède). Le soir, à la suite du bain : Temp. : 38°2. Pouls : 104. Resp. : 28.

13 décembre. Temp. : matin, 40°; soir, 40°4: Pouls : matin, 120; soir, 124. Resp. : matin, 28; soir, 32. La malade a été plus calme la nuit. Submatité aux deux bases dans les quatre derniers espaces. A gauche, souffle tubaire depuis la moitié de la fosse sous-épineuse jusqu'à la base. A droite, râles muqueux fins. (Vésicatoire, infusion d'herbe de digitale, 40 centigr.)

14 décembre. Temp. : matin, 40°1; soir, 40°. Pouls : matin, 140; soir, 144. Resp. : matin, 36; soir, 40. Intelligence assez nette, la malade répond aux questions. Souffle tubaire et râles sous-crépitants à gauche depuis l'épine de l'omoplate (inf. d'herbe de digitale, 40 centigr.).

15 décembre. Temp. : matin, 40°5; soir, 39°9. Pouls : matin, 152; soir, 156. Resp. : matin, 44; soir, 40. Pouls très petit, presque imperceptible. Ecchymoses aux deux talons, au bord externe du pied droit, pétéchies sur les malléoles, le sacrum, le dos. Météorisme sus-ombilical. Respiration rugueuse, râles sous-crépitants à la base gauche (esprit de nitre dulcifié, 2 gr.; teint. de cannelle, 6 gr.; eau de mélisse, 100 gr.; sirop d'écorce d'oranges, 30 gr.).

16 décembre. Temp. : matin, 38°5; soir, 39°4. Pouls : matin, 160; soir, 156. Resp. : matin, 44; soir, 44. La malade est en proie à un délire continuel; cependant elle comprend les questions. La respiration est suspirieuse, la face cyanosée, le ventre ballonné, les jambes et les pieds couverts de taches pétéchiales. Souffle tubaire dans les deux bases.

17 décembre. La malade succombe à 5 heures du matin.

Autopsie : A l'ouverture du thorax, on est surpris de trouver le gros intestin remonté dans le thorax jusqu'au deuxième espace et refoulant le poumon. La plèvre de ce côté contient environ 300 grammes de sérosité sanguinolente; les deux feuillets de la séreuse présentent des taches hémorrhagiques. En examinant de plus près, on constate que la hernie de l'intestin s'est faite à travers une perforation du diaphragme, formant un orifice arrondi de 0m,065 de diamètre, situé à gauche de la ligne médiane et correspondant au point où ce muscle de vertical

Digitized by Google

devient horizontal, à peu près au niveau de la 6e côte. Cette ouverture est en contact immédiat avec le sommet de la rate, mais ne contracte avec elle aucune adhérence. A la face inférieure du diaphragme, les contours de la perte de substance présentent une coloration noirâtre et paraissent mortifiés; un lambeau de même aspect, long de 2 centimètres s'en détache et flotte librement dans l'orifice. Tout autour, dans une étendue de 3 centimètres, le tissu diaphragmatique est ramolli, dissocié, aminci, principalement dans les 3/4 antérieurs de la circonférence. A la face supérieure, au contraire, les bords de la perte de substance sont nets et présentent leur coloration normale. Enfin, en regardant par transparence, on aperçoit les vaisseaux voisins de la perforation sous forme de traînées noirâtres comme s'ils avaient été injectés de matière foncée. — *Intestin.* Au niveau de la valvule, la muqueuse est rouge, injectée; une petite ulcération dont le fond est formé par la tunique musculeuse existe à ce niveau. A 16 centimètres au-dessus, on rencontre une plaque de Peyer tuméfiée et présentant quelques points ulcérés. Dans les 30 centimètres suivants, on trouve une plaque hyperplasiée et 7 à 8 follicules clos tuméfiés; enfin, plus loin encore, quelques plaques de Peyer et quelques follicules gonflés sans ulcération. Dans la première partie du gros intestin, il existe 5 ou 6 follicules clos tuméfiés. — *Foie.* Poids 1,150 gr., anémique et graisseux. — *Rate.* Friable, mesurant 15 centimètres de haut sur 8 de large. — *Reins.* Normaux. — *Cœur.* Largeur, 9 centimètres et demi; hauteur, 9 centimètres. Parois, ventricule droit, épaisseur : $0^m,004$; ventricule gauche : $0^m,015$. Tissu, mou, pâle, friable. Valvules normales. — *Poumons. Droit :* quelques points atélectasiques à la surface; quelques noyaux de broncho-pneumonie disséminés dans le lobe supérieur; splénisation du lobe inférieur. *Gauche :* emphysème du lobe supérieur; congestion et œdème des lobes moyen et inférieur. L'examen histologique du diaphragme ne révèle aucune lésion vasculaire.

Il s'agit ici d'une ulcération gangréneuse du diaphragme survenue dans le cours d'une fièvre typhoïde; aucun symptôme pendant la vie n'appelait l'attention sur le diaphragme; la perforation et le passage de l'intestin dans la plèvre n'existaient pas deux jours avant la mort; la malade, auscultée ce jour-là, présentait à la base gauche des râles sous-crépitants avec respiration rugueuse. Cette gangrène du diaphragme a été primitive, les organes avoisinants n'y prenaient aucune part. C'est là, croyons-nous, un exemple unique. Les gangrènes ne sont pas rares dans le cours de la fièvre typhoïde; notamment celles des membres inférieurs, de la vulve, le noma (dont nous avons eu un cas au service). L'attention s'est portée dans ces derniers temps sur les altérations vasculaires

Digitized by Google

de la fièvre typhoïde : H. Martin a décrit l'endartérite oblitérante, Barié (*Revue mensuelle,* 1884) a décrit l'artérite aiguë. Dans notre cas, l'examen histologique n'a pas démontré, dans le diaphragme, de lésions des parois vasculaires. La pathogénie de cette complication singulière nous échappe.

IX. — *Fièvre typhoïde ataxique. Hépatisation ultime du lobe inférieur gauche.*

Le nommé R... (Édouard), âgé de 32 ans, exerçant la profession de cocher, entre à l'hôpital civil le 3 décembre 1884. Il y a *20 jours* environ, après avoir lavé une voiture, il fut pris soudain d'un *frisson* accompagné d'une *céphalalgie* violente, de toux et d'enrouement, enfin *d'insomnie* persistante. Il continua pourtant son service jusqu'au 28 novembre, mais il éprouvait un malaise profond et des frissonnements fréquents. L'*appétit* s'étant perdu dès les premiers jours de sa maladie, il avait pris à deux reprises un purgatif (huile de ricin) sans aucun résultat. Notons qu'il n'a présenté ni vertiges, ni bourdonnements d'oreilles, ni épistaxis.

La femme de notre malade a été amenée au service peu après son mari et a succombé le jour même de son entrée à une *fièvre typhoïde* compliquée de broncho-pneumonie.

État actuel (*3 décembre*) : Le malade est d'une constitution vigoureuse ; l'intelligence est nette ; il répond bien aux questions. Temp. : matin, 40° ; soir, 40°2. Pouls : matin, 96 ; soir, 96. Resp. : matin, 36 ; soir, 36. Le pouls est ample, régulier, dicrote. La langue est sèche, couverte de mucus visqueux. Le ventre est un peu ballonné. Taches rosées sur l'abdomen et la base du thorax. La voix est enrouée, le voile du palais et l'arrière-gorge sont le siège d'une vive rougeur. Respiration nette en avant et en arrière, un peu faible à la base. Quelques sibilances trachéo-bronchiques. Délire assez calme, prostration. Urines involontaires. Constipation.

Diagnostic : Fièvre typhoïde au 20e jour (lavement simple ; sirop de morphine, 30 gr.; bain tiède).

4 décembre. Temp. : matin, 40°2. Pouls : 100. Resp. : 30.

Le malade a été très agité la nuit dernière ; il s'est enfui de son lit dans la cour. On administre ce matin 6 grammes d'antipyrine en trois doses à 9 heures, 10 heures, 11 heures La température est prise d'heure en heure : 10 heures, 39° ; 11 heures, 38°2, sueurs abondantes ; 12 heures, 37°2 ; 1 heure, 37° ; 2 heures, 37° ; 3 heures, 37°4 ; 4 heures, 37°6 ; 5 heures, 38°4. Pouls : 100. Resp. : 32. Le médicament a été parfaitement supporté : pas de vomissements. Pas de vertiges ni de

Digitized by Google

bourdonnements d'oreilles. Le malade a été calme jusqu'à minuit; il a eu une selle à la suite du lavement. Quelques râles muqueux fins dans les bases.

5 décembre. Le malade est moins agité; somnolence, délire tranquille. Submatité dans les deux bases, respiration vésiculaire accompagnée de râles muqueux fins. Traces d'albumine dans les urines (*antipyrine,* 6 gr. en trois doses, à 8 heures, 9 heures et 10 heures du matin). Effet à peu près nul. Température à 8 heures, 39°8. Pouls : 104. Température à 9 heures, 39°6; à 11 heures, 39°2; à 12 heures, 39°3; à 1 heure, 39°8; à 2 heures, 40°2; à 4 heures, 40°6. Pouls : 108.

6 décembre. Même état (digitale, 75 centigr.; bains froids). Temp. : matin, 40°6. Pouls : 124. Resp. : 28. Dans la journée, le malade prend 4 bains froids de 10 minutes de durée. Température de la journée :

Midi, avant le bain,		41°		Après le bain,	37°	Pouls : 120
3 h.,	—	40°5	Pouls : 140	—	37°6	120
6 h.,	—	40°5	128	—	37°3	120
9 h.,	—	40°5	120	—	36°8	120

7 décembre (24e jour). Intelligence nette. Temp. : 40°. Pouls : 140, petit, dépressible. A gauche, matité à partir de l'angle de l'omoplate jusqu'à la base. Souffle tubaire sans râles à ce niveau. A droite, submatité et râles sous-crépitants (vésicatoire; café).

Le 7 au soir, pouls 176, tremblotant; temp. 41°2. Le malade a succombé à 10 heures du soir.

Autopsie : *Intestin grêle.* A 1m,30 au-dessus de la valvule iléo-cœcale, il existe 4 à 5 plaques tuméfiées, sans traces d'ulcération; plus bas, à 60 centimètres au-dessus de la valvule, on rencontre 7 plaques de Peyer ulcérées à différents degrés; au-dessous, une autre profondément creusée dans la paroi de l'intestin; enfin, tout auprès de la valvule, sur une hauteur de 15 centimètres, il existe une vaste plaque en partie tuméfiée, en partie ulcérée. — *Gros intestin.* Fortement vascularisé sur une étendue de 12 centimètres. — *Poumons. Gauche :* hépatisation du lobe inférieur qui est converti en un bloc compact, granuleux à la coupe (pneumonie fibrineuse); congestion simple du lobe supérieur. *Droit :* congestionné; sauf la partie antéro-supérieure qui est emphysémateuse. — *Cœur.* Volume normal. Rien de spécial à signaler. — *Rate.* Hypertrophiée, 15 centimètres de haut sur 10 de large. — *Reins.* Normaux. — *Foie.* Consistance ferme, teinte légèrement jaunâtre, lobulation effacée.

Cette observation montre qu'une hépatisation lobaire peut se greffer sur une fièvre typhoïde. Dans notre cas, elle s'est déclarée vers le 23e jour, procédant comme souvent les pneumonies se-

Digitized by Google

condaires : sans frisson solennel, sans point de côté, sans expectoration rouillée, reconnaissable seulement aux signes physiques et à l'état général. Nous avons vu (la thèse de M. Hagenthal, Nancy, 1880, contient quelques-unes de nos observations) plusieurs fois ces hépatisations d'emblée se déclarer, soit dès le début, soit pendant l'évolution de la fièvre typhoïde, chez des sujets qui avaient peu ou point de bronchite et qui n'avaient pas d'hypostase; c'était une détermination pulmonaire de l'affection typhique. Nous disons hépatisation et non pas pneumonie ; nous croyons, en effet, que la fièvre typhoïde, comme le rhumatisme aigu, comme les fièvres éruptives, peut, parmi ses localisations multiples, affecter le parenchyme pulmonaire, déterminer une lésion quelquefois analogue à celle de la fièvre pneumonique, faire une hépatisation ; mais, de même que les pustules stibiées, identiques comme aspect aux pustules de la variole, ne constituent pas une variole légitime, de même que les arthropathies de l'ataxie locomotrice ne constituent pas un rhumatisme articulaire, de même l'hépatisation typhoïde du poumon ne constitue pas une véritable pneumonie. Ce n'est pas, croyons-nous, une fièvre typhoïde compliquée de pneumonie, c'est une hépatisation pulmonaire due à la présence du poison typhoïde lui-même.

On pourrait peut-être attribuer cette pneumonie ultime à l'emploi des bains froids; mais nos observations antérieures et celles de la plupart des auteurs nous paraissent démontrer que cette complication est due, non à une cause fortuite, mais à la localisation même du poison morbide dans le poumon.

X. — *Asystolie remontant à deux mois. Insuccès de la digitale. Gangrène ultime de la jambe gauche. Anévrysme partiel du ventricule gauche. Embolie dans l'artère poplitée.*

Marie A.... 62 ans, tailleuse, entre à l'hôpital le 20 décembre 1884. Elle serait sujette, depuis 20 ans, à de la toux et à des battements de cœur; en outre, tous les hivers, elle souffre de douleurs rhumatismales. Depuis deux mois, elle présente de l'œdème des membres inférieurs; enfin, il y a 7 semaines, à la suite d'une chute (?), elle a été prise d'une douleur vive au-dessus de l'aine gauche, accompagnée de petits frissons répétés. Notons encore que, depuis quelque temps, à la suite de vives émotions morales, sa raison a été ébranlée et qu'elle est en proie à une agitation violente.

État actuel (*21 décembre*) : Constitution assez délicate, amaigrissement notable. Apyrexie. Pouls régulier, petit, fréquent (164).

Digitized by Google

Cyanose de la face. *Turgescence des veines du cou* sans pouls veineux. *Œdème* notable des membres inférieurs. Pointe du cœur *au 6e espace sur la ligne axillaire*. Bruits du cœur tumultueux. *Souffle systolique à la pointe. Matité* avec *râles sous-crépitants* fins et respiration obscure dans les deux bases. Sensibilité à la pression au-dessus de l'aine gauche. La palpation ne révèle rien d'anormal à ce niveau (digitale, 0,75).

22 décembre. Urines : 1250 ; densité : 1,014 (digitale 0,60).

23 décembre. Urines : 350 ; densité : 1,020 (digitale 0,60).

24 décembre. Urines : 250 ; densité : 1,018. Pouls variable : tantôt lent à 40, tantôt très rapide à 164. Mêmes signes physiques. Délire et agitation la nuit (digitale, 0,60).

26 décembre. Même état. Cyanose de la face, extrémités froides et bleuâtres. Délire nocturne. Urines involontaires. Pouls variant brusquement de 84 à 180. Matité et râles sous-crépitants fins dans les deux bases (liqueur de Hoffmann, 2 gr.).

30 décembre. Alternatives de délire et de somnolence. Cependant la malade répond bien aux questions. Pouls 128-160. Même état des poumons. Ascite remontant jusqu'à la ligne ombilicale. Œdème considérable des membres inférieurs. La douleur à l'aine gauche persiste.

31 décembre. Pouls petit, fréquent (120), irrégulier. Le pied gauche est froid, insensible, présentant une couleur violacée qui s'étend sur la face antérieure de la jambe.

5 janvier. Le sphacèle occupe le pied et la jambe droite et remonte jusqu'au 1/3 inférieur de la cuisse. Les parties mortifiées présentent une teinte noirâtre et exhalent une odeur fétide. Matité et râles sous-crépitants aux deux bases. Pouls irrégulier. Teinte subictérique de la peau et des conjonctives.

La malade succombe le 6 janvier.

Autopsie : *Péricarde* épaissi, vascularisé, adhérent au cœur dans presque toute son étendue par des filaments assez lâches, dans l'intervalle desquels il existe un peu de fibrine molle, grisâtre. — *Cœur.* Mesure de haut en bas, 10 centimètres, transversalement 12 centimètres. Poids total, 425 grammes. Le cœur droit contient beaucoup de caillots mous, récents ; épaisseur de la paroi, $0^m,008$; distance de la cloison au bord droit, $0^m,07$. Le cœur gauche contient des caillots récents et anciens ; épaisseur de la paroi, $0^m,02$; distance de la cloison au bord gauche, $0^m,05$. La valvule mitrale n'est ni rétrécie ni insuffisante, elle présente seulement un peu d'épaississement vers son bord libre. Vers le sommet de la cavité ventriculaire, au niveau de la jonction de la face antérieure avec la cloison, il existe une cavité de 5 centimètres de hauteur sur 3 centimètres de largeur, tapissée de couches stratifiées de fibrine décolorée. Le fond de cette cavité est très aminci, et est réduit à quelques millimètres d'épaisseur. En enlevant

Digitized by Google

les stratifications de fibrine, on tombe sur le tissu du cœur qui est mou, friable, jaunâtre. L'endocarde paraît avoir disparu au niveau de l'anévrysme; partout ailleurs il ne semble pas altéré. Valvules sigmoïdes aortiques intactes. — *Aorte.* Nombreuses plaques d'athérome mou dans toute la hauteur. — *Plèvres.* Contiennent une faible quantité de liquide séreux. — *Poumons.* Emphysème des sommets. Congestion et œdème des bases. — *Foie.* Volume normal. Congestion veineuse assez notable avec un peu de dégénérescence graisseuse par places. — *Rate.* Normale. — *Cerveau.* Athérome des artères de la base. Épanchement ventriculaire. Pas de lésions apparentes. — *Reins.* Surface un peu granuleuse. Congestion veineuse. Quelques infarctus d'âge différent dans les deux reins. — *Artères du membre inférieur droit.* L'artère crurale est fortement athéromateuse et remplie de caillots mous. L'artère poplitée présente vers sa partie moyenne une grosse plaque d'athérome qui détermine un rétrécissement marqué de son calibre. A un centimètre au-dessus, on trouve un caillot décoloré, compact, de même aspect que les caillots anciens de l'anévrysme cardiaque et obstruant complètement la lumière du vaisseau. — *Paroi abdominale.* On constate, vers le milieu de la hauteur, à gauche de la ligne médiane, une cavité du volume d'une grosse noix, contenant du sang liquide et des débris de tissu musculaire. Cette cavité, creusée dans la couche musculaire profonde, est limitée en dedans par le péritoine pariétal (infarctus musculaire).

En résumé, une malade est affectée d'asystolie depuis deux mois; elle reste rebelle à la digitale; une gangrène ultime ascendante se produit dans le membre inférieur droit. A l'autopsie, on constate un anévrysme de la paroi ventriculaire gauche vers son sommet avec péricardite sèche; un morceau de fibrine tapissant cette paroi anévrysmatique avait été entraîné vers l'aorte, projeté dans l'artère poplitée du côté droit et avait déterminé la gangrène du membre. L'endopéricardite rhumatismale semble avoir été le point de départ de cette altération anévrysmatique de la paroi du cœur.

Cliniquement, des symptômes d'asystolie, tels que toutes les maladies de cœur les produisent, et un souffle systolique mitral furent seuls constatés; le diagnostic de l'anévrysme était donc impossible; la persistance de l'asystolie, réfractaire à la digitale, nous avait fait soupçonner une dégénérescence graisseuse du cœur.

Digitized by Google

XI. — *Hémiplégie gauche sans aphasie. Hémianesthésie passagère. Vaste foyer de ramollissement occupant la région fronto-pariétale droite, y compris le pied de la troisième circonvolution.*

La nommée S.... (Françoise), âgée de 58 ans, entre à la clinique le 15 janvier 1885. Trois jours auparavant, elle a été prise de bourdonnements d'oreilles, de vertiges, sans perte de connaissance. Le lendemain, nouveaux vertiges suivis d'une attaque d'apoplexie accompagnée de perte complète de connaissance pendant un quart d'heure, qui laissa la malade paralysée de tout le côté gauche du corps.

16 janvier. — Déviation conjuguée des yeux et de la tête à droite, face vultueuse, asymétrique. Commissure labiale déviée à droite, sillons faciaux plus marqués à droite, langue déviée à gauche ; joue gauche soulevée à chaque expiration, occlusion parfaite des deux yeux (paralysie du facial inférieur). Pas d'aphasie. Aucun trouble de sensibilité ou de motilité du côté droit. Abolition complète des mouvements volontaires dans les membres supérieur et inférieur gauches. Conservation des réflexes du même côté, le chatouillement de la plante du pied amène des mouvements de flexion des orteils. Pas de réflexes tendineux. Anesthésie complète dans les membres gauches et dans la moitié correspondante de la face et du tronc. Abolition du sens musculaire, de la sensibilité thermique, de la sensibilité à la douleur et au contact. Aucun trouble de sensibilité spéciale (vue, olfaction, etc.). Urines involontaires. Constipation. Pouls petit, régulier, égal ; pas d'hypertrophie du cœur ; bruits nets ; rien à noter du côté des poumons. (Lavement laxatif.)

17 janvier. — L'anesthésie persiste du côté gauche. Petite phlyctène entourée d'une auréole rouge vif au bord interne du pied gauche.

19 janvier. — La sensibilité a reparu dans le membre inférieur gauche, mais non dans le bras ni au tronc. Rougeur assez vive sur la fesse gauche. Traînées de lymphangite partant de la phlyctène du pied et s'étendant de là sur le dos du pied, la face interne de la jambe et de la cuisse. Douleurs vives spontanées à ce niveau (pointes de feu).

21 janvier. — La lymphangite n'a pas fait de progrès. Eschare superficielle du diamètre d'une pièce d'un franc sur la fesse gauche.

23 janvier. — Même état de la paralysie. Douleurs, gonflement et rougeur à la partie dorsale du pied. Selles et urines involontaires.

24 janvier. — Même état du pied. L'anesthésie gauche persiste au même degré.

27 janvier. — Rougeur diffuse à la partie postérieure de la jambe jusqu'à la hauteur de son tiers supérieur, et à la partie antérieure jusqu'au genou Apyrexie. L'hémianesthésie persiste.

28 janvier. — Pustule du diamètre d'une pièce de deux francs derrière

Digitized by Google

la malléole externe. Grand nombre de pustules d'ecthyma entourées d'une auréole rouge sur la partie postéro-externe de la cuisse gauche.

29 janvier. — Même état de l'hémiplégie et de l'hémianesthésie. La malade ne cesse de se plaindre de sa jambe jour et nuit. Pouls 124, petit, inégal.

30 janvier. — Douleurs moins vives. Respiration laborieuse. Râles muqueux disséminés dans toute l'étendue des poumons. Sonorité normale partout. La sensibilité au contact et à la douleur a reparu.

31 janvier. — Eschare du diamètre d'une pièce de cinq francs sur la fesse gauche. Raideur légère dans le membre supérieur gauche. Pouls 112, inégal, petit. Respiration 30, laborieuse; râles trachéaux. Morte le 2 février, au matin.

Autopsie : *Cerveau.* Les artères de la base du cerveau ne sont pas en général athéromateuses; cependant on constate une petite plaque d'athérome calcaire à la bifurcation antérieure du tronc basilaire et quelques autres sur les deux sylviennes. L'artère *sylvienne droite présente au niveau de la bifurcation de la scissure de Sylvius un caillot ferme,* décoloré, adhérant aux parois du vaisseau et oblitérant complètement son calibre. Les méninges sont fortement congestionnées. La décortication du cerveau est facile, sauf au niveau de l'union du tiers antérieur avec les deux tiers postérieurs de la face externe du lobe droit, où il existe *un vaste foyer de ramollissement* mesurant 6 centimètres de haut sur 3 centimètres de large, et occupant exactement les régions suivantes : 1° *la partie inférieure de la circonvolution frontale ascendante* sur une étendue de 25 millimètres et *la partie inférieure de la circonvolution pariétale ascendante* sur une étendue de 4 centimètres; 2° *le pied de la troisième circonvolution frontale* sur une longueur de 4 centimètres depuis son origine; 3° *la partie antérieure des deux premières circonvolutions temporales* depuis le sommet du lobe du même nom jusqu'à 5c,5 en arrière; 4° *le lobule de l'insula dans toute son étendue.*

Sur des coupes faites horizontalement, on constate que le foyer de ramollissement signalé à la périphérie du cerveau se prolonge dans la profondeur sur une grande étendue; il occupe *la capsule blanche externe, l'avant-mur, le noyau extraventriculaire du corps strié à l'exception de son segment interne* et du quart postérieur des deux autres segments; il n'affecte donc que des rapports de contiguïté avec la capsule blanche interne qui est complètement intacte. De plus, dans la substance blanche du lobe temporal, on constate un ramollissement correspondant en étendue aux lésions de l'écorce à ce niveau.

Cette observation présente un certain intérêt et confirme aussi la doctrine courante sur les localisations cérébrales :

1° Les prodromes (vertiges, bourdonnements d'oreille) qui

Digitized by Google

ont précédé l'attaque ont permis de diagnostiquer une oblitération vasculaire suivie de ramollissement, et non une hémorrhagie, dont le début eût été brusque, sans prodromes;

2° La lésion occupe une grande partie du domaine cortical et central de l'artère sylvienne. La profondeur et l'étendue des lésions dans la zone corticale motrice expliquent l'hémiplégie *complète;*

3° La lésion arrivant jusqu'au bord de la capsule blanche interne sans l'intéresser, on comprend que celle-ci ait été affectée fonctionnellement dans son tiers postérieur, d'où l'hémianesthésie transitoire; celle-ci a disparu avec le choc traumatique qui a pu atteindre cette région ;

4° La lésion du *pied de la 3e circonvolution frontale droite* et du lobule de l'insula n'a pas donné lieu à l'aphasie, conformément à la doctrine de Broca.

XII. — *Néphrite interstitielle; hémiplégie droite; logoplégie; foyers multiples de ramollissement cérébral.*

La nommé D..., âgée de 74 ans, est amenée à l'hôpital le 9 novembre 1884. Les renseignements que nous pouvons recueillir sur son compte sont très incomplets et peu précis: cependant nous apprenons qu'elle a eu, au mois de juillet 1883, une attaque d'hémiplégie droite avec perte complète de connaissance. La paralysie était dissipée complètement au bout de six semaines, lorsque survint une seconde attaque aussi forte que la première et qui se termina de même. Depuis, la malade se portait assez bien, quand le 3 novembre dernier, ses voisins ne l'ayant pas vu sortir comme à l'ordinaire, pénétrèrent dans sa chambre et la trouvèrent étendue sur son lit, paralysée de tout le côté droit et incapable de proférer une parole. L'intelligence paraissait cependant conservée, mais la malade était d'une émotivité excessive et pleurait à tout propos. Notons enfin chez elle l'existence d'accès d'oppression remontant à une époque indéterminée.

A son entrée, on constate : Face inerte. Intelligence assez nette; la malade comprend les questions et exécute avec le bras gauche les mouvements qu'on lui commande. Pas de déviation des traits de la face. Contracture des mâchoires. Difficulté considérable dans la déglutition. Hémiplégie motrice droite complète. Conservation des réflexes dans le membre inférieur; abolition dans le membre supérieur. Sensibilité un peu diminuée dans les membres droits et dans la moitié droite du thorax et de l'abdomen. Aphasie motrice. La malade ne peut articuler aucun son, mais elle connaît la valeur des mots, elle désigne

Digitized by Google

du doigt parmi les objets placés devant elle ceux qu'on lui nomme. Pas d'eschare fessière. Selles et urines involontaires. Pouls dur, athéromateux, 116. Pointe du cœur au 6e espace en dehors de la ligne mamillaire. Bruit de galop mitral. Urines fortement albumineuses. Poumons : un peu d'emphysème en avant aux sommets. Congestion légère des deux bases.

14 novembre. — Tendance à la déviation conjuguée des yeux et de la tête à gauche. Même état de la paralysie des membres. Sensibilité normale partout. Les mâchoires sont toujours serrées, la gêne de la déglutition persiste : l'ingestion de quelques gouttes de liquide produit des quintes de toux et de la suffocation. La malade peut articuler quelques syllabes qu'elle répète à tout propos. Elle connaît très bien la valeur des mots ; obnubilation intellectuelle assez marquée. Mêmes signes physiques.

15 novembre. — Respiration stertoreuse, râles trachéaux. Regard fixe, pupilles rétrécies, ne réagissant plus. Commissure labiale abaissée du côté gauche. Température, 40°2. P. 88. R. 48. Mort dans la matinée.

Autopsie : *Poumons.* Un peu de sérosité sanguinolente dans la plèvre gauche. Emphysème des lobes supérieurs ; congestion et œdème des lobes inférieurs. — *Cœur.* Traces de péricardite ancienne. Cœur hypertrophié, mesurant 13 centimètres de haut sur 11 de large. Surcharge graisseuse notable. Cœur droit contient un peu de sang fluide. Diamètre de la cloison au bord droit, 5 centimètres ; épaisseur de la paroi, 5 millimètres. Valvules saines. Cœur gauche : diamètre transversal, 7 centimètres ; épaisseur, 2 centimètres. Pas d'insuffisance ni de rétrécissement mitral. Plaques athéromateuses formant crête à 2 centimètres au-dessus du bord libre de la valvule. Valvules sigmoïdes saines. Tissu du cœur pâle, friable, d'aspect cireux. — *Aorte.* Plaques d'athérome mou ou calcifié. — *Rate.* Hauteur, 10 centimètres ; largeur, 16 centimètres Infarctus cunéiforme au sommet. — *Foie.* Congestionné. — *Reins.* Rein gauche : hauteur, 9 centimètres et demi ; largeur, 5 centimètres ; poids, 95 grammes. Décortication assez facile. Surface granuleuse. Coloration gris rosé. Substance corticale rougeâtre, mesurant 1 centimètre d'épaisseur. Pas de kystes. R. droit : poids, 95 grammes ; hauteur, 9 centimètres ; largeur, 5 centimètres. Même aspect que le rein gauche. Épaisseur de la substance corticale, 3 millimètres. (Néphrite interstitielle.) — *Cerveau.* La plupart des artères de la base du cerveau (vertébrales, cérébrales postérieures...) sont fortement athéromateuses. L'artère sylvienne gauche est incrustée de plaques calcaires sur une grande étendue ; elle ne contient pas de caillots anciens oblitérateurs. Le cerveau se décortique facilement. Il existe dans l'hémisphère gauche plusieurs foyers de ramollissement cortical : 1° un premier foyer ancien, lenticulaire, se

Digitized by Google

rencontre *à la partie postéro-inférieure de la 2e circonvolution frontale* horizontale, au point où elle se recourbe pour s'unir à la circonvolution frontale ascendante ; 2° *dans le pli qui sépare cette deuxième circonvolution de la 3e*, il existe un autre foyer d'un centimètre de diamètre environ, de couleur ocreuse ; 3° un foyer semblable, mais un peu plus petit, se trouve *dans le même pli*, mais plus en avant ; 4° sur des coupes de l'hémisphère gauche, on trouve *dans la substance blanche du lobe frontal, à 2 centimètres et demi de la ligne médiane*, un ancien foyer pisiforme. *En arrière de l'extrémité postérieure du noyau caudé*, on constate un ramollissement récent mesurant 1 centimètre et demi d'avant en arrière et 3 millimètres transversalement. *Un peu en avant et en dehors de l'extrémité antérieure du même noyau*, on trouve un autre foyer du volume d'un gros pois. Enfin, *dans le noyau lenticulaire*, il existe un foyer de même volume que le précédent.

L'hémisphère droit présente également des lésions du même ordre. A la surface, il existe un foyer de ramollissement récent s'étendant *dans la couche corticale à une profondeur de 1/2 centimètre commençant à la partie antéro-inférieure de la 3e circonvolution temporale* et s'étendant en arrière sur une étendue de 4 centimètres.

Sur des coupes horizontales, on trouve : 1° un petit foyer pisiforme occupant *le tiers postérieur de l'avant-mur* ; 2° un foyer semblable au même niveau, mais plus rapproché de la base du cerveau et *distant de 2 centimètres du lobule de l'insula*.

Le bulbe et la protubérance ne présentent rien de spécial. Mais il existe à *la jonction de la protubérance* et du *pédoncule cérébral* gauche, un foyer de ramollissement présentant un centimètre de diamètre en tous sens.

Cette observation présente d'une façon très nette la triade anatomo-pathologique si fréquemment associée : néphrite interstitielle, hypertrophie du cœur, foyers multiples de nécrobiose cérébrale, toutes lésions probablement dominées par des altérations vasculaires généralisées (d'origine sénile dans le cas actuel), athérome, artériosclérose, endartérite progressive oblitérante. Les lésions de l'encéphale concordent avec la doctrine courante des localisations cérébrales ; les foyers de l'hémisphère droit, tous placés en dehors des zones motrices, corticales ou centrales, n'ont donné lieu à aucun symptôme ; les foyers de l'hémisphère gauche ont déterminé de l'hémiplégie avec très légère anesthésie, ce qui s'explique par le siège de trois foyers dans les noyaux caudé et lenticulaire, et surtout dans le pédoncule cérébral ; les trois premiers foyers étaient compatibles avec la guérison de la paralysie, la

Digitized by Google

capsule blanche interne étant intacte ; le dernier seul pouvait déterminer une hémiplégie permanente.

Quant à l'aphasie motrice ou logoplégie, nettement caractérisée dans cette observation, elle est due aux foyers du pied de la 2e circonvolution et du sillon intermédiaire entre cette 2e et le pied de la 3e circonvolution frontale gauche. Cette dernière région n'étant affectée que par voisinage, cette logoplégie eût été sans doute curable, si la vie se fût prolongée.

Il est regrettable que l'état psychique de la malade n'ait pas permis de rechercher l'existence de l'agraphie qui paraît être en rapport avec une lésion du pied de la 2e circonvolution frontale.

XIII. — *Hémiplégie gauche à marche progressive ; attaques apoplectiformes. Gommes syphilitiques multiples. A l'autopsie, gommes de la moitié droite de la protubérance.*

La nommée W... (Marie), âgée de 58 ans, ouvrière, est entrée à la clinique le 18 mars 1884. Cette malade serait sujette depuis dix ans à de *violents maux de tête* accompagnés de vomissements qui se seraient encore exagérés dans ces derniers temps. L'affection actuelle a débuté il y a six semaines par un *affaiblissement du membre inférieur gauche :* la malade, qui marchait auparavant avec facilité, se mit à tituber, à vaciller de côté et d'autre comme une femme ivre. Elle éprouvait en même temps des *vertiges* et de la céphalalgie. Il y a un mois, la malade *tomba subitement* au milieu de sa chambre sans perdre complètement connaissance. Elle ne put se relever seule et on fut obligé de la porter dans son lit. A la suite de cette attaque, les accidents s'aggravèrent, la marche devint encore plus difficile, la parole s'embarrassa ; le *bras gauche*, jusqu'alors indemne, se prit à son tour et devint incapable de tout travail ; toutefois, la *sensibilité n'était pas altérée.* Huit jours après sa première attaque, la malade en eut une seconde qui s'accompagna cette fois d'une *perte complète de connaissance ;* dès lors la paralysie ne fit que s'accentuer tous les jours davantage.

État actuel (*19 mars*) : Apyrexie. Pouls régulier, 76 ; respiration, 24. L'*intelligence est nette,* la *mémoire est bien conservée.*

La malade présente une tendance manifeste à la *déviation conjuguée des yeux et de la tête* du côté droit ; de plus, il existe une *hémiplégie* incomplète de tout le côté gauche. La commissure labiale est déviée du côté droit. Le sillon naso-labial est plus creusé à droite qu'à gauche. L'occlusion des yeux est possible des deux côtés. La langue n'est pas déviée. La malade peut fléchir et étendre l'avant-bras, elle peut soulever la main et exécuter quelques mouvements avec les doigts, mais

Digitized by Google

elle ne réussit pas à ouvrir complètement la main. L'élévation du bras est impossible, à peine la malade a-t-elle conservé quelques mouvements d'abduction et d'adduction. Raideur marquée dans les mouvements provoqués de l'épaule et du coude. Au membre inférieur gauche, la malade peut soulever la jambe et la maintenir en l'air pendant quelques secondes; la flexion et l'extension du pied et des orteils est encore possible. Il existe, comme au membre supérieur, un certain degré de contracture. Les réflexes tendineux du pied et du genou sont très prononcés. Les réflexes cutanés sont partout conservés. Aucun trouble de la sensibilité générale ou spéciale. Du côté du thorax, submatité à la base droite dans les trois derniers espaces, râles sous-crépitants à ce niveau. Rien à noter dans les autres organes.

La malade nie expressément toute espèce d'antécédents syphilitiques; cependant elle présente, sur différents points du corps, des tumeurs de nature évidemment gommeuse. Une première existe à la face interne du tibia gauche, au niveau de son tiers inférieur, du volume d'une noix, indolente, fluctuante, remontant à cinq semaines au dire de la malade. Deux tumeurs semblables se rencontrent, l'une au niveau du creux poplité du même côté, l'autre à la partie inférieure du sein gauche. En outre, depuis le début de l'hiver, il existe un gonflement douloureux du poignet droit; les mouvements des diverses articulations sont cependant possibles, mais on constate à la face palmaire une tuméfaction de la gaîne des fléchisseurs et à la face dorsale une petite tumeur fluctuante du volume d'une noisette. En présence de ces accidents et bien qu'on ne rencontre ni exostoses, ni rhagades, ni gonflement des ganglions cervicaux, axillaires et épitrochléens, le traitement spécifique est institué immédiatement (frictions avec onguent napolitain; iodure de potassium, 3 gr.).

1er avril. Même état. Aucune amélioration ne s'est produite. Stomatite mercurielle (suppression des frictions hydrargyriques; chlorate de potasse).

8 avril. La malade peut soulever le bras gauche jusqu'à la hauteur de l'œil; elle soulève également la jambe gauche et la maintient en l'air pendant quelques secondes, mais avec un certain tremblement. Les traits de la face sont plus accusés à droite; la langue est déviée du côté gauche. Sensibilité intacte. Rien de particulier du côté droit. Rhonchus et râles sous-crépitants à la base droite. Le poignet droit est considérablement tuméfié; il existe à la face dorsale trois tumeurs fluctuantes communiquant ensemble. D'autres tumeurs semblables se rencontrent à la face palmaire et au bord externe.

15 avril. La paralysie faciale est stationnaire. Contracture du membre supérieur gauche; la main est en pronation, les doigts infléchis vers la paume. Même état du membre inférieur. Exagération des réflexes tendineux. Contracture marquée.

Digitized by Google

Les tumeurs du bras droit et de la jambe sont ouvertes au bistouri ; la tumeur du sein est également incisée et donne issue à un liquide épais, gluant, semblable à du mastic de vitrier.

30 avril. Même état de la paralysie. Les ouvertures faites au poignet sont béantes et laissent suinter une faible quantité de liquide sérosanguinolent. Au sein, il reste une petite plaie ovalaire, à bords épais, décollés. (Nouvelle série de frictions hydrargyriques.)

12 juin. La gomme du mamelon est cicatrisée. La suppuration continue au poignet et à la jambe.

7 juillet. Dans l'après-midi, on s'aperçoit tout à coup que la malade ne peut plus parler. L'intelligence est cependant assez nette. Déviation conjuguée des yeux et de la tête à droite.

8 juillet. La parole est revenue, la malade comprend les questions et y répond. Le bras gauche est contracturé en flexion, la main est en pronation. Rétraction en flexion du membre inférieur gauche.

2 novembre. La malade se plaint toute la journée et ne cesse de demander à boire. Cyanose de la face, râles trachéaux. Urines et selles involontaires. Contracture en flexion du membre supérieur gauche, main en pronation forcée, doigts infléchis dans la paume de la main. La face est toujours déviée du côté droit. Contracture en flexion du membre inférieur gauche. Sensibilité partout intacte. Rien de spécial dans les membres supérieur et inférieur droits. Eschares nombreuses sur le dos et le sacrum ; petite phlyctène récente à la malléole droite (décubitus). Même état des plaies du poignet et de la jambe droite.

Mort le 6 décembre.

Autopsie : *Encéphale.* Œdème sous-arachnoïdien assez notable. Congestion méningée. Aucune lésion à la surface ni dans la profondeur du cerveau et du cervelet La face supérieure de la protubérance annulaire ne présente rien d'anormal. A la face inférieure, on constate un tractus transversal gris rosé, de consistance assez ferme, occupant la moitié droite de la protubérance, depuis l'artère basilaire jusqu'à 8 millimètres environ du bord. Cette bande constitue la partie superficielle d'une tumeur profonde occupant presque toute la moitié droite de la protubérance et dépassant même un peu la ligne médiane. Sur des coupes, on voit que cette tumeur, plus rapprochée de la face supérieure que de la face inférieure de la protubérance, est formée de plusieurs îlots fermes et saillants, de couleur gris rosé à la surface, blanc jaunâtre comme caséeux au centre, et entourés d'un tissu d'apparence gélatiniforme rougeâtre. En arrière, la tumeur s'amincit et, au niveau du collet du bulbe, elle n'est plus représentée que par un petit îlot ovalaire de 4 millimètres de diamètre, occupant à peu près la partie centrale de la moitié droite de la protubérance. Le bulbe ne présente rien d'anormal à l'œil nu. — *Poumons.* Emphysème considérable, surtout à la partie antéro-supérieure. Congestion des deux bases. — *Cœur.*

Digitized by Google

Un peu de sérosité citrine dans la péricarde. Traces de péricardite sèche ancienne. Dimensions : largeur, 8 centimètres ; hauteur, 9 centimètres. Cœur droit : largeur, 5 centimètres ; épaisseur, 3 millimètres. Cœur gauche : largeur, 3 centimètres; épaisseur, 1 centimètre et demi. Tissu flasque, jaunâtre. Pas de lésions valvulaires. — *Aorte.* Pas d'athérome. — *Rate.* Volume normal. — *Foie.* Poids : 1,225 grammes. Hyperhémie veineuse considérable. Au-devant du rein droit, il existe une masse ganglionnaire du volume d'une grosse noix, dure et lardacée. — *Reins.* Surface un peu granuleuse par places. Décortication facile; congestion veineuse. L'examen histologique montre que les tumeurs de la protubérance présentent les caractères des gommes syphilitiques.

L'hémiplégie était donc le résultat d'une tumeur gommeuse envahissant presque toute la moitié droite de la protubérance. Rien dans les symptômes n'accusait ce siège : l'hémiplégie était croisée, et non alterne ; la sensibilité de la face était conservée ; les nerfs bulbo-protubérantiels étaient fonctionnellement intacts. Il semble, d'après l'étendue de la tumeur, que les racines et noyaux des nerfs sensitifs du trijumeau et une partie du noyau du masticateur dussent être détruits. Faut-il admettre leur intégrité au milieu du tissu dégénéré ? On sait que les compressions lentes et graduelles du tissu nerveux sont compatibles avec la conservation plus ou moins parfaite de la fonction, que la substance spinale comprimée à la suite d'un mal de Pott peut être réduite au tiers de son volume, sans que paraplégie s'ensuive.

Quoi qu'il en soit, le début lent par une céphalalgie violente, des vomissements, de l'affaiblissement du membre inférieur gauche, des vertiges, de la titubation, etc., pouvait faire penser à une tumeur cérébelleuse ou cérébrale, mais aucun symptôme n'appelait l'attention sur la protubérance.

XIV. — *Tuberculose pulmonaire. Pneumothorax limité à la base de la cavité pleurale gauche. Survie de quatre mois. Tuberculisation méningée ultime.*

K... (Maria), âgée de 18 ans, domestique, est entrée à l'hôpital le 19 août 1884. Le début de l'affection remonte à deux ans : au mois de septembre 1882, elle commença *à tousser et à cracher du sang en abondance ;* en même temps, l'appétit diminua et finit par se perdre complètement. Cet état dura quelques mois et fut suivi d'une amélioration marquée, lorsqu'en mars 1883, à la suite d'un voyage à Paris, elle fut reprise de toux, d'enrouement et d'hémoptysies. Un mois

Digitized by Google

après, son état était redevenu plus satisfaisant, cependant elle conservait de l'oppression et ses règles, qui s'étaient supprimées, n'avaient pas reparu. Au mois d'août dernier, les hémoptysies avaient cessé, mais la malade était sans appétit, ses forces diminuaient tous les jours; elle éprouvait de violentes douleurs dans la poitrine. Elle entra alors à l'hôpital où l'on constata l'existence d'une tuberculose pulmonaire limitée au sommet gauche. Elle se trouvait de nouveau assez bien quand, le 15 octobre, elle ressentit *une douleur vive* dans le *côté gauche* du thorax avec *oppression considérable.*

Comme antécédents, nous relevons les détails suivants : sa mère est morte il y a 4 ans à la suite de rhumatismes. Son père vit encore et se porte bien. Une de ses sœurs est morte de tuberculose à l'âge de 13 ans. Ses autres frères et sœurs sont bien portants. La malade a travaillé à l'âge de 15 ans dans un tissage de laines, depuis elle a dû se mettre en condition et a éprouvé de grandes fatigues.

1er novembre. Apyrexie. Amaigrissement. Sueurs nocturnes.

On constate chez la malade l'existence d'une *infiltration tuberculeuse du sommet gauche* et d'*un pneumothorax partiel de la base gauche :* en avant, sonorité normale, respiration nette au sommet droit, son moins ample, respiration soufflée avec craquements humides sous la clavicule gauche. En arrière, sonorité normale dans toute la hauteur à droite, respiration normale au sommet, rude à la base. A gauche, submatité et respiration soufflée dans la fosse sus-épineuse et dans la moitié supérieure de la fosse sous-épineuse; son tympanique profond dans la moitié inférieure de la fosse sous-épineuse jusqu'à la base. A ce niveau, silence respiratoire, tintement métallique. Pas de succussion hippocratique. Rien de spécial dans les autres organes.

Pendant les mois suivants, la tuberculose et le pneumothorax restent à peu près stationnaires. Cependant, de temps à autre, il se produit quelques hémoptysies et des poussées de température vespérale qui atteint jusqu'à 39°. Vers la fin de janvier, les signes du pneumothorax persistent; il s'y joint un peu d'épanchement liquide. Au sommet gauche se perçoivent nettement des signes cavitaires; au sommet droit il existe du souffle et des râles sous-crépitants. A partir du 8 février 1885, la scène change; la malade vomit tous ses aliments, cependant l'intelligence est nette, et l'on ne constate aucun autre phénomène anormal.

11 février. Depuis la veille au soir, la malade a beaucoup déliré; ce matin cependant, l'intelligence est nette; la malade répond bien aux questions et se plaint de *céphalalgie frontale* et de douleurs à l'épigastre. Plaques rouges sur les joues. *Déviation des traits de la face à droite, de la langue à gauche.* Pas de strabisme; *injection vive de l'œil gauche. Parésie du bras gauche;* la malade le soulève, mais le laisse retomber aussitôt. La malade ne peut ni ouvrir, ni fermer complète-

Digitized by Google

ment la main gauche ; elle soulève difficilement la jambe gauche. Tendance à la raideur dans le bras droit. *Exagération des réflexes tendineux des deux côtés.* Pas d'anesthésie. Sensibilité vive à la pression vers l'épigastre. Ventre non rétracté. Mort dans la journée.

Autopsie : A l'ouverture du thorax, on constate la présence d'une cavité occupant la base postérieure de la plèvre gauche à partir du bord supérieur de la 3e côte. Cette cavité est formée par la plèvre épaissie, revêtue de fausses membranes molles, grisâtres ; elle contient environ 100 grammes de pus. En insufflant le poumon, on constate l'existence d'une fistule mesurant 5 millimètres de diamètre, située près du rachis, sur le trajet d'une ligne horizontale partant du bord supérieur de l'extrémité antérieure de la 6e côte gauche et communiquant avec une bronchiole. Le poumon gauche présente des adhérences anciennes au sommet. A ce niveau, il existe une excavation anfractueuse du volume d'un œuf de poule contenant un peu de pus sanieux. Le lobe inférieur est carnifié et criblé de granulations miliaires. Le poumon droit présente également une petite excavation au sommet, le reste du lobe supérieur est emphysémateux. Les deux autres lobes sont congestionnés et criblés de tubercules miliaires. — *Cœur.* Volume normal. Tissu musculaire pâle, jaunâtre. — *Foie.* Un peu congestionné sans dégénérescence graisseuse. Rate et reins normaux. — *Cerveau.* Méninges rouges, épaissies, criblées de granulations miliaires, œdème notable sous-arachnoïdien. Épanchement ventriculaire. Décortication facile. Il n'existe pas d'exsudat fibrineux, ni purulent ; c'est une infiltration tuberculeuse des méninges avec œdème séreux. La substance cérébrale paraît indemne.

Cette observation présente à considérer plusieurs faits intéressants :

1° Un pneumothorax qui est resté enkysté dans la partie postéro-inférieure de la cavité pleurale gauche, par suite d'adhérences antérieures du sommet ;

2° Une survie de quatre mois après le début du pneumothorax : l'affection tuberculeuse continuant cependant à évoluer pendant ce laps de temps ;

3° Une tuberculisation méningée ultime avec œdème sous-arachnoïdien sans encéphalite, caractérisée par les symptômes suivants : céphalalgie frontale avec conservation de l'intelligence, déviation des traits de la face à droite, parésie du bras et de la jambe gauches, exagération des réflexes tendineux des deux côtés ; sensibilité intacte.

L'autopsie n'a pas démontré de localisation spéciale ou prédo-

Digitized by Google

minante vers les centres moteurs corticaux correspondant à ces symptômes.

XV. — *Vaste collection purulente dans le flanc droit. Incision péritonéale ; 4 litres de pus. Amélioration momentanée, cachexie progressive. Mort. Tuberculose péritonéale et pulmonaire.*

Émélie W..., domestique, âgée de 23 ans, se dit malade depuis le 1er janvier 1885. L'affection a débuté par de la *céphalalgie,* des *frissons et des douleurs abdominales* exagérées par la pression et les mouvements. Depuis quelques jours déjà, elle avait de la *constipation,* l'appétit avait complètement disparu. Cette malade, de tempérament lymphatique, de constitution délicate, n'a présenté aucun antécédent morbide, habituellement elle se portait très bien ; ses règles, toujours régulières, se sont montrées pour la dernière fois le 25 décembre dernier. A son entrée, le 4 janvier, on constate les symptômes suivants : Temp. : matin, 38° ; soir, 38°2. Pouls : matin, 112 ; soir, 108. Langue fuligineuse. État typhoïde. Douleur vive à la pression dans la fosse iliaque droite, tumeur allongée, cylindrique, rénitente à ce niveau. Toux légère, respiration rude au sommet gauche (lavement purgatif).

Du 5 au 12 janvier, l'état général est à peu près le même, la tumeur persiste avec les mêmes caractères. La température est très irrégulière : elle oscille le matin entre 37° et 38°, le soir elle s'élève à 39°5, et jusqu'à 40°8.

13 janvier. Temp. : matin, 38° ; soir, 40°4. Pouls : matin, 104 ; soir, 120. Frisson violent vers 10 heures du matin, pendant une heure et demie. Douleurs lancinantes dans le flanc droit. Vomissements verdâtres répétés. (Vésicatoire, glace, potion de Rivière.)

15 janvier. Douleurs moindres. Les frissons et les vomissements persistent. Deux selles diarrhéiques. La tumeur iliaque persiste, mais ses limites sont moins nettes et la main perçoit plutôt la sensation d'un empâtement diffus. Temp. : matin, 38°2 ; soir, 38°7. Pouls : matin, 100 ; soir, 116.

Du 16 janvier au 10 février, l'état général s'aggrave, la malade n'a pas d'appétit et vomit le peu d'aliments qu'elle prend. Les frissons ont cessé, la diarrhée apparaît par intervalles. La fièvre tend à devenir continue avec exacerbation vespérale. La température est en général à 38° le matin, le soir elle s'élève entre 39°5 et 40°.

10 février. La malade est pâle et très amaigrie, une petite eschare du diamètre d'une pièce d'un franc s'est développée au sacrum. Le ventre est bouffi ; tout le flanc droit est occupé par une tumeur mal limitée, absolument mate à la percussion, *fluctuante.* Temp. : matin, 38° ; soir, 40°5. Pouls : matin, 124 ; soir, 132. (Champagne frappé. Potion avec extrait de quinquina et rhum.)

Digitized by Google

14 février. Temp. : matin, 38°2 ; soir, 39°8. Pouls : matin, 132 ; soir, 132. L'abcès est devenu plus saillant, la fluctuation est très nette. L'eschare au sacrum s'est agrandie et a acquis le volume d'une pièce de 5 francs. La malade ne se nourrit pas et continue à vomir. Respiration assez nette. On tente d'abattre la fièvre au moyen de l'antipyrine, mais l'abaissement obtenu est momentané et la température se relève sitôt qu'on cesse l'administration du médicament.

20 février. L'indication de donner issue au pus est formelle. Après une ponction exploratrice faite au moyen de l'aspirateur de Potain, M. Weiss ouvre largement le foyer au bistouri. Le péritoine incisé, on tombe sur la collection purulente et il s'écoule quatre litres environ de pus phlegmoneux non fétide. Un large drain est placé dans la plaie qui est protégée par un pansement de Lister. (Régime tonique.)

21 février. L'opération a été suivie d'un soulagement rapide. La malade a dormi toute la nuit, les vomissements ont cessé, la température matinale est restée normale, le soir le thermomètre ne marquait que 38°5.

23 février. Temp. : matin, 37°2 ; soir, 39°4. Pouls : matin, 120 ; soir, 140. Les vomissements ont recommencé ce matin. Cependant la malade se trouve bien et ne se plaint d'aucune douleur. La plaie a bon aspect, la suppuration est abondante.

Du 24 au 28 février, la température est très irrégulière : elle varie le matin entre 37° et 38°, le soir elle se maintient entre 39° et 40°. La malade devient extrêmement faible, la plaie a un aspect blafard, le pouls est misérable, fréquent, oscillant entre 124 et 145. Œdème des membres inférieurs. Urines non albumineuses teintées en noir par l'intoxication phéniquée. (Lavages à l'acide borique.)

28 février. Temp. : matin, 37°8 ; soir, 39°4. Pouls : matin, 140 ; soir, 160. Eschare profonde au sacrum, pâle, blafarde, à bords décollés, sans aucune tendance à la cicatrisation. Pas de vomissements. Diarrhée profuse. Souffle tubaire et râles sous-crépitants aux deux sommets. (Tannin et extrait thébaïque)

Du 1er au 12 mars, même état. Cachexie extrême, eschare au sacrum et au grand trochanter. Fièvre persistante hectique. Souffle et craquements aux sommets des poumons, râles sous-crépitants dans toute la hauteur.

Mort le 18 mars dans le marasme.

Autopsie : A l'ouverture de l'abdomen, on constate qu'il n'existe pas de foyer purulent limité. Une petite quantité de pus occupe les parties déclives de la cavité péritonéale. Les intestins sont agglomérés en une masse compacte, tapissée de fausses membranes friables, adhérente d'une part à l'épiploon et à la paroi antérieure de l'abdomen (surtout à gauche au-dessus du pli de l'aine) ; d'autre part, aux autres viscères de l'abdomen, principalement au foie. Ces adhérences assez

Digitized by Google

lâches circonscrivent des lacunes remplies d'un liquide citrin, transparent. Nombreuses granulations tuberculeuses sur l'épiploon et le péritoine. L'intestin paraît sain, on ne rencontre ni granulations, ni plaques ecchymotiques violacées à sa surface. L'utérus, nullipare, présente un certain degré d'antéflexion ; il n'est du reste le siège d'aucune lésion. L'ovaire gauche, adhérent à la trompe, présente trois petites dilatations kystiques remplies d'un liquide citrin; dans le reste de son étendue, il ne constitue qu'une poche anfractueuse remplie de pus concret. L'ovaire droit et la trompe contiennent également du pus. Le cul-de-sac péritonéal rétro-utérin est épaissi, enflammé, tapissé de fausses membranes, rempli de pus et communique avec la cavité du rectum par un orifice étroit qui permet le passage d'une sonde cannelée. La chaîne des ganglions lymphatiques, qui se rend du petit bassin au-devant de la colonne vertébrale, est augmentée de volume, la plupart des ganglions ont subi la dégénérescence caséeuse. Les poumons sont le siège d'une infiltration de tubercules miliaires généralisée, sans ramollissement, ni excavation. — *Cœur.* Volume normal ; valvules saines, tissu jaunâtre, assez ferme. — *Aorte.* Quelques plaques d'athérome mou. — *Foie.* Graisseux. — *Rate.* Molle, diffluente. — *Reins.* Volume normal. Décortication assez difficile, surface un peu granuleuse.

Il s'agissait donc d'une péritonite tuberculeuse suppurée, ce qui est assez exceptionnel, la tuberculose produisant surtout une péritonite sèche avec rétraction et adhérences. Aussi le diagnostic fut-il hésitant et l'on crut d'abord à une périty phlite suppurée. Le point de départ de l'abcès était-il dans la trompe et les ovaires primitivement affectés, ou ceux-ci ne furent-ils pris que consécutivement à la suppuration péritonéale? La menstruation était apparue encore régulièrement 5 jours avant le début de la phlegmasie péritonéale, et l'exploration des organes génitaux au début ne fit constater aucun symptôme, ce qui nous fait admettre la seconde hypothèse.

L'ouverture de l'abcès péritonéal, bien que tardivement faite, a produit une amélioration passagère manifeste; la fièvre diminua, les vomissements cessèrent pendant 2 jours, mais la tuberculose miliaire envahit les poumons et les progrès de la cachexie emportèrent la malade 1 mois après l'opération.

XVI. — *Tuberculose pulmonaire chronique. Néphrite interstitielle contemporaine. Cachexie progressive, sans hypertrophie du cœur.*

La nommée L. M..., âgée de 33 ans, journalière, est entrée à la clinique le 30 juillet 1884. Deux ans auparavant, c'est-à-dire en 1882,

Digitized by Google

elle était enceinte pour la 6e fois, mais à l'inverse des grossesses précédentes qui s'étaient terminées sans accident, elle fut prise à cette époque de troubles mentaux (folie gravidique); *elle commence à tousser et à cracher*, enfin *sa vue faiblit* progressivement et finit par se perdre complètement (cataracte double). Elle ne put parvenir à terme et fit une fausse couche au 6e mois; cependant, 15 jours après, elle put se lever sans présenter d'autres symptômes qu'une grande faiblesse, mais au bout de six semaines survint un *œdème des malléoles* sans bouffissure de la face et à la clinique ophthalmologique où elle était venue pour se faire opérer, on constata la présence *d'albumine dans ses urines*.

Le 2 août, on note : tempérament lymphatique, anémie considérable, faciès un peu terreux. *Apyrexie. Pas d'œdème des membres inférieurs ni de la face. Pointe du cœur non déplacée. Bruits nets, sans souffle.* Pouls, 72, régulier, égal. Pas de signes nets de tuberculose pulmonaire. *Urines un peu albumineuses.* Cataracte double; la lumière vive est seule perçue. Même état les mois suivants. Parfois poussées vespérales de température qui s'élève jusqu'à 38° et 38°5.

18 novembre. Souffle tubaire et râles sous-crépitants au sommet droit. Rhonchus et sibilances généralisés. Pas d'hypertrophie du cœur.

Urines, 1,500; densité, 1,012. Urée, 14gr,82; glucose, 0; albumine, 2 grammes.

16 décembre. Même état. L'albuminurie persiste. Mêmes signes du côté des poumons. Température normale le matin, fébrile le soir.

24 décembre. Souffle et craquements, submatité au sommet droit, submatité et respiration soufflée au sommet gauche. Diarrhée profuse, vomissements fréquents.

6 janvier 1885. Urines, 3,000; densité, 1,012. Urée, 16,68; albumine, 5 grammes. La diarrhée et les vomissements persistent. Douleurs vives dans l'abdomen sans diarrhée. La fièvre vespérale persiste. Souffle tubaire et gargouillement au sommet droit, souffle et craquements au sommet gauche.

10 février. Douleurs très vives dans l'abdomen, exagérées par la pression. Face grippée; vomissements verdâtres, rétention d'urine. La malade succombe le 12 février.

Autopsie : *Poumons.* Droit : adhérences pleurales épaisses au sommet. Excavation du volume d'un œuf, anfractueuse, contenant du pus sanieux; tubercules crus disséminés dans les lobes moyen et inférieur. Gauche : induration et cavernules au sommet. Congestion et infiltration tuberculeuse récente du lobe inférieur. — *Cœur.* Surcharge graisseuse considérable. Diamètre vertical, 10 centimètres; diamètre transversal, 9 centimètres. Épaisseur du ventricule droit, 8 millimètres, du ventricule gauche, 18 millimètres. Tissu flasque et jaunâtre. — *Reins.* Dégénérés et granuleux. R. droit : la capsule est épaissie et très adhérente. La décortication est très difficile. La surface de l'organe est

Digitized by Google

bosselée et granuleuse, de couleur blanchâtre. Longueur, 85 millimètres; largeur, 55 millimètres; poids, 80 grammes. A la coupe, le rein crie sous le scalpel, la substance corticale a presque disparu et les bases des pyramides arrivent près de la surface. Les pyramides sont d'une teinte rose pâle et la substance intermédiaire présente une coloration blanc grisâtre. R. gauche : longueur, 8 centimètres; largeur, 6 centimètres; poids, 120 grammes. Même couleur, même aspect à la surface et à la coupe que le rein droit. — *Rate.* 14 centimètres de long sur 9 centimètres de large, ferme et résistante. Dégénérescence amyloïde. — *Foie.* Volume normal. Dégénérescence graisseuse. — *Intestin grêle.* A la surface, on constate un grand nombre de granulations tuberculeuses et des plaques rouges ecchymotiques entourées d'un cercle de tubercules miliaires. En incisant le canal, on constate un grand nombre d'ulcérations arrondies ou ovalaires, présentant, à leur pourtour et au niveau de leur fond, des granulations grises ou jaunâtres. Le péritoine contient un peu de liquide séro-fibrineux. Tubercules nombreux disséminés. — *Ganglions. Mésentériques* augmentés de volume, caséeux. — *Examen histologique des reins :* La trame conjonctive du rein est considérablement épaissie; cette sclérose est d'ailleurs distribuée inégalement dans les différentes parties de l'organe : par places, on rencontre du tissu fibreux adulte, ailleurs une prolifération embryonnaire abondante. Parmi les tubes glandulaires, les uns sont complètement atrophiés et méconnaissables au milieu du tissu sclérosé, d'autres ont conservé leur volume et leur aspect normaux. Ceux-ci ont conservé intact leur revêtement épithélial, d'autres sont tapissés d'une couche de petites cellules arrondies. Dans la cavité de certains de ces tubes, on rencontre des cylindres variés : granulo-graisseux, épithéliaux, hyalins. Les glomérules de Malpighi sont pour un grand nombre atrophiés, certains sont devenus complètement fibreux. Les artérioles présentent les modifications de l'endartérite.

Le début de la tuberculose semble remonter à 2 ans et demi avant la mort, bien que les signes physiques n'aient été constatés nettement qu'au mois de novembre dernier. L'albuminurie, observée en 1882, a coexisté probablement avec la grossesse qui se termina par une fausse couche. Il semble donc que la tuberculose et la néphrite aient débuté à peu près à la même époque, et qu'elles soient dues peut-être à des conditions étiologiques communes (grossesses nombreuses), mais sans relation de cause à effet.

L'autopsie a montré une néphrite interstitielle très caractérisée, avec une tuberculose pulmonaire et intestinale.

L'hypertrophie du cœur faisait défaut dans ce cas; ce qui s'ex-

Digitized by Google

plique peut-être par l'atrophie générale des solides et des liquides organiques déterminée par la dénutrition tuberculeuse. De même que, contrairement à ce qui arrive dans l'emphysème, la tuberculose cachectique, tout en créant des obstacles à la circulation pulmonaire, ne permet pas au cœur droit de s'hypertrophier, de même la néphrite interstitielle, lorsqu'elle coexiste avec une tuberculose qui use et mine l'organisme, ne détermine pas l'hypertrophie du cœur gauche. En effet, si la néphrite interstitielle tend à augmenter la tension artérielle et par suite le travail du cœur, d'autre part la diminution de la masse du sang par l'anémie tuberculeuse, neutralise cet effet en affaiblissant de nouveau cette tension artérielle; et le cœur d'ailleurs s'atrophie et dégénère avec les autres organes.

XVII. — *Athérome artériel. Hémiplégie gauche persistante, suivie de contracture avec hémianesthésie passagère. Foyers de ramollissement dans les corps opto-striés.*

Le nommé F... (Nicolas), âgé de 64 ans, manœuvre, est apporté à l'hôpital le 2 janvier 1884. Deux jours auparavant, il a été pris subitement après son repas d'une attaque d'*hémiplégie gauche sans perte de connaissance,* et s'est affaissé sur le sol sans pouvoir se relever. Depuis trois mois, il aurait éprouvé de la *céphalalgie,* des *troubles de la vision,* des *étourdissements.* D'autre part, depuis 5 ou 6 ans, il avait des envies d'uriner fréquentes, et il était obligé de se relever jusqu'à 2 et 3 fois dans la même nuit pour les satisfaire. Jamais, du reste, il n'a toussé, ni craché ; sa santé était habituellement très bonne. Comme maladies antérieures, il n'a jamais eu de rhumatisme, mais seulement dans son enfance une variole assez bénigne qui n'a pas laissé de traces. Dans les 26 ans qu'il a passés comme soldat en Algérie, il n'a eu, dit-il, ni fièvre intermittente, ni maladie vénérienne; mais il reconnaît avoir fait des excès considérables d'absinthe.

État actuel : Constitution forte. Apyrexie. Intelligence assez nette, le malade répond bien aux questions ; la mémoire est conservée. — *Paralysie faciale inférieure gauche :* Commissure labiale déviée du côté droit. Langue déviée à droite. Flaccidité de la joue gauche qui se soulève à chaque expiration. Traits de la face effacés du côté gauche. — *Hémiplégie gauche incomplète :* Le malade ne peut soulever le bras gauche, mais le traîne un peu sur son lit. Il soulève la jambe gauche à une hauteur de 20 centimètres, mais la laisse retomber aussitôt. Pas d'exagération du phénomène du genou, pas de réflexes du pied. *Pas de contracture. — Abolition de la sensibilité tactile.* La *sensibilité à la douleur est très obtuse :* quand on pique le malade un peu fortement,

Digitized by Google

il sent légèrement, mais ne peut indiquer l'endroit piqué. Sensibilité thermique persiste. — *Abolition du sens musculaire et articulaire :* Le bras étant élevé, le malade dit qu'il est étendu sur le lit, etc... — Affaiblissement de l'ouïe des deux côtés, surtout à gauche. Rien à signaler du côté de la vision. — Thorax large, amaigri. Son clair, ample, profond en avant. Respiration rugueuse, avec quelques rhonchus. En arrière, son moins ample dans la fosse sus-épineuse droite qu'à gauche. Submatité à gauche, depuis le tiers inférieur de la fosse sous-épineuse jusqu'à la base. A droite, sonorité normale. A l'auscultation, respiration légèrement soufflée dans la fosse sus-épineuse gauche, râles sous-crépitants à la base.

La pointe du cœur n'est pas perceptible. La matité précordiale ne dépasse pas le cinquième espace en bas ni la ligne mamillaire en dehors. Bruits du cœur nets. Pouls ample, régulier, un peu dur. Urines claires, non albumineuses. Incontinence d'urine et des matières fécales.

8 janvier. La paralysie a sensiblement diminué. Le malade soulève la main gauche à une hauteur de 20 centimètres et la tient en l'air durant quelques secondes. Au dynamomètre : main droite, 36 ; main gauche, 0.

Même état du membre inférieur. La sensibilité tactile est abolie complètement dans tout le côté gauche. Les muqueuses sont cependant sensibles. Le malade sent mieux les piqûres, mais il ne peut rapporter les sensations à leur siège exact : si l'on pique la face palmaire de l'index, il croit avoir été piqué au bras, etc... Abolition complète du sens musculaire.

15 janvier. Raideur légère dans l'articulation du coude à gauche ; exagération du phénomène du genou à gauche. Même état de la sensibilité. (Applications d'aimants.)

28 janvier. Obnubilation intellectuelle progressive. Le malade délire, crie et chante toute la journée. Avant-bras en pronation, doigts infléchis dans la paume de la main. Flexion et raideur du coude. Membre inférieur étendu, rigide. Réflexe tendineux du pied. — *La sensibilité tactile est reparue,* mais assez vague : le malade ne peut indiquer l'endroit touché.

11 février. Tuméfaction considérable, indolore, du poignet, raideur dans les mouvements imprimés à la main. Main en pronation avec flexion des doigts. Gonflement des articulations phalangiennes. Sensibilité plus nette.

25 février. Arthropathies multiples (genou, coude, poignet), *contracture en flexion* du membre supérieur gauche, *en extension* du membre inférieur. Même état psychique.

Pendant les mois suivants, aggravation progressive de la contracture. *Persistance du retour de la sensibilité.* Obnubilation intellectuelle profonde. *Perte de la mémoire. Délire de persécution.* Gâtisme. Pneumonie double ultime. Mort le 22 mars 1885.

Digitized by Google

Autopsie : *Poumons*. Emphysème des lobes supérieurs. Hépatisation rouge des lobes inférieurs (pneumonie ultime). — *Cœur*. Surcharge graisseuse considérable. Diamètre transversal, 12c,5 ; vertical, 10c,5. Largeur du ventricule droit, 5c,5 ; épaisseur de la paroi, 5 millimètres. Largeur du ventricule gauche, 5 centimètres ; épaisseur de la paroi, 1c,5. Nodules d'athérome calcifié au niveau des bases d'implantation des valvules sigmoïdes aortiques ; bords libres souples ; pas d'insuffisance. Valvule mitrale saine. — *Aorte*. Plaques d'athérome mou. — *Foie*. Diam. transv., 22 centimètres ; vertical (lobe droit), 18 centimètres. Congestion veineuse simple. — *Reins*. Normaux, un peu congestionnés. — *Cerveau*. Lobe gauche. Il existe un foyer de ramollissement du volume d'une grosse tête d'épingle dans le noyau intraventriculaire du corps strié. — Lobe droit. Sur des coupes horizontales successives, on rencontre deux foyers anciens de ramollissement, de teinte ocreuse, situés l'un à la partie antérieure, l'autre à la partie postérieure du noyau lenticulaire. Un autre foyer transversal, long d'un centimètre, large de 5 millimètres, existe dans la capsule blanche interne au niveau de son coude. Enfin, dans la couche optique il existe un dernier foyer mesurant 1c,5 de diamètre et pénétrant dans la substance cérébrale à une profondeur de 2 centimètres. Ce foyer touche en dehors à la capsule blanche interne, mais sans l'intéresser. — Artères de la base du cerveau athéromateuses. — Aucune lésion dans le bulbe, le cervelet, la protubérance annulaire.

Il s'agit donc de foyers de ramollissement cérébral multiples chez un alcoolisé de 64 ans, athéromateux. Nous insistons sur les particularités suivantes :

1° L'attaque d'hémiplégie fut précédée, pendant 3 mois, de céphalalgie, de troubles visuels et d'étourdissements, prodromes qui permirent de diagnostiquer ramollissement et non hémorrhagie.

2° Le petit foyer lenticulaire dans le noyau caudé gauche n'a pas donné lieu à une paralysie sensible.

3° L'hémiplégie avec hémianesthésie gauche paraît être due aux deux foyers du corps opto-strié droit. Le foyer de la couche optique, touchant en dehors au tiers postérieur de la capsule blanche interne, bien que ne l'intéressant pas, explique l'hémianesthésie et montre en même temps pourquoi cette hémianesthésie a été passagère. Il y a eu retentissement dynamique sur le carrefour sensitif, par la lésion contiguë (soit par congestion sanguine, soit par ébranlement nerveux), et cette altération *dynamique* dissipée, la fonction s'est rétablie complètement.

Digitized by Google

4° La persistance de la paralysie motrice et la contracture secondaire sont-elles dues au foyer de la capsule blanche interne? Ce foyer ne dépassait pas le coude de la capsule; il ne s'étendait pas dans le segment postérieur de cette capsule, seul siège (dans ses deux tiers antérieurs) du faisceau pyramidal; car, d'après la doctrine régnante, ce faisceau n'existerait ni dans le segment antérieur, ni dans le coude de la capsule. Il faudrait donc admettre, encore ici, que le retentissement dynamique d'une lésion attenante au faisceau pyramidal sur celui-ci, a suffi pour produire une contracture persistante. On n'a malheureusement pas examiné la moelle au point de vue de la sclérose descendante.

XVIII. — *Insuffisance mitrale et aortique. Perforation de la valvule semi-lunaire aortique postérieure. Rupture de deux cordages tendineux de la valvule mitrale.*

S., journalier, âgé de 34 ans, est entré à l'hôpital le 4 novembre 1884. Au mois de juin précédent, il aurait été pris de *toux* et d'*oppression* pour lesquelles il fut traité à l'hôpital d'Alais pendant 2 mois consécutifs. A sa sortie, la toux avait cessé, mais l'oppression continua et il s'y joignit bientôt un *œdème des membres inférieurs* qui ne dura du reste que quelques jours. — Au mois d'octobre, il essaya de travailler à la culture; mais son état empirant, il se décida à solliciter son admission à la clinique. Comme antécédents, nous relevons une pleurésie droite contractée à Marseille en 1880 et qui le tint alité pendant près de trois mois. Jamais il n'a eu *ni rhumatismes, ni battements de cœur;* en revanche, il avoue des excès alcooliques prolongés auxquels il faut sans doute rattacher un accès de manie aiguë qui se produisit chez lui à la suite d'un accident (explosion d'une bombe d'artifice au 14 juillet 1881).

État actuel : Constitution délicate, tempérament lymphatique; amaigrissement et *anémie* considérables. Apyrexie. — *Pas d'œdème des membres inférieurs. Voussure précordiale* très marquée. *Pouls 72, égal, régulier, dépressible.* Submatité précordiale *aux 4e et 5e espaces.* Pointe du cœur *au 6e espace sur la ligne mamillaire.* Choc vif, limité à la pointe; *frémissement cataire présystolique et systolique* à ce niveau. *Souffle doux, aspiratif au 2e temps à la base, souffle présystolique et systolique à la pointe.* Souffle unique dans les carotides et les crurales, isochrone à la diastole artérielle. — Le malade tousse en général peu. Expectoration muqueuse peu abondante. Son clair et ample, en avant, sous les deux clavicules; respiration nette à ce niveau. En arrière, respiration rude et renforcée dans les fosses sus-épineuses et dans la région interscapulaire; respiration nette à la base gauche,

Digitized by Google

râles muqueux fins à la base droite. *Urines abondantes, non albumineuses.* Anorexie; langue non chargée. *Dilatation considérable de l'estomac* qui descend jusqu'à l'ombilic. La matité hépatique ne dépasse pas le rebord costal, la rate n'est pas augmentée de volume.

11 novembre. Temp. : matin, 37°6; soir, 38°6. Pouls : matin, 76; soir, 92. Urine : 2,200. Densité : 1,012.

Le malade se plaint de bourdonnements d'oreilles extrêmement pénibles; il est pris de vertiges quand il s'assied brusquement sur son lit. Respiration soufflée au sommet droit, surtout à la partie interne des fosses sus et sous-épineuses et dans l'espace interscapulaire, assez nette dans les deux bases.

16 novembre. Le malade se plaint pour la première fois de douleurs lancinantes dans le membre inférieur droit, depuis la partie postéro-supérieure de la cuisse jusqu'à la malléole interne. Aucun trouble de la vision. Le phénomène du genou est plutôt exagéré que diminué. Le pouls est régulier, petit, égal, à 76. Mêmes signes du côté des poumons. Par contre, les urines deviennent rares et denses, 700 grammes; densité, 1,023; il existe un certain degré d'oppression et par instants des palpitations. (Digitale, 0,60.)

Du 17 novembre au 15 décembre, l'état général est assez bon, les phénomènes d'asystolie ont disparu. La quantité des urines varie entre 1,500 et 2,000 grammes, la densité entre 1,012 et 1,018. On ne constate aucun signe de stase veineuse. L'anémie persiste au même degré, bien que le malade ait repris de l'appétit et s'alimente convenablement. La température est élevée tous les soirs et oscille entre 38° et 39°; le matin, elle est normale. Le malade a éprouvé à plusieurs reprises des phénomènes douloureux analogues à ceux que nous avons signalés plus haut. Ce sont des élancements subits dans les bras et les membres inférieurs, revenant par accès d'une durée de plusieurs heures, accompagnés d'une sensibilité considérable des parties, à la pression.

Le *15 décembre* on note: Douleur sans gonflement dans le poignet gauche et dans les articulations métacarpo-phalangiennes du même côté; douleur vive spontanée étendue du coude à la main. Par la pression on éveille une certaine sensibilité au niveau de la paume de la main et de la gaine des fléchisseurs. Les mouvements des articulations des doigts et du coude se font sans douleur; la flexion du poignet est également possible, mais le redressement brusque de la main est très pénible. — Anémie excessive. Mêmes signes physiques. (Malate de fer.)

Du 16 décembre au 18 janvier 1885, état stationnaire. Le cœur fonctionne régulièrement; la fièvre vespérale persiste, les douleurs dans les membres se montrent à intervalles variables, sous une forme néanmoins atténuée. Le malade a de l'appétit, mais les digestions sont laborieuses, accompagnées de gonflement et de pesanteur stomacale. (Eau alcaline gazeuse.)

Digitized by Google

19 janvier. Respiration anxieuse, toux fréquente. Bruits du cœur tumultueux, *irréguliers* par moments (ils avaient toujours été réguliers); *douleur* à la pression au niveau du trajet du nerf phrénique et à la *région précordiale.* Douleurs *spontanées dans l'abdomen, surtout du côté gauche,* exagérées par les mouvements du malade. Rate non augmentée de volume. Foie hypertrophié, descend jusqu'à deux travers de doigt de la ligne ombilicale. Mêmes signes physiques du côté du cœur. Respiration soufflée aux sommets, râles muqueux à la base gauche. Troubles digestifs : nausées, régurgitations, anorexie.

25 janvier. Urines, 350; densité, 1,022; non albumineuses. Douleurs du côté gauche du thorax jusqu'au rebord costal, exagérées par la pression. Rien de spécial à l'auscultation.

28 janvier. Urines, 250; densité, 1,029. Points douloureux à l'aisselle gauche et à gauche de l'appendice xiphoïde. Douleurs thoraciques diffuses. (Antipyrine, 6 grammes.)

29 janvier. Hier à la suite du médicament, sueurs abondantes et presque simultanément disparition complète des douleurs qui n'ont pas reparu ce matin. Urines, 250; densité, 1,029.

31 janvier. L'oppression et la pâleur ont augmenté. Les urines sont peu abondantes (200 grammes), denses (1,028). Respiration rude dans les deux sommets, râles muqueux fins dans les deux bases. (Digitale, 0,50.)

Du 1er au 20 février, l'état du malade est à peu près satisfaisant. Le cœur fonctionne régulièrement, les urines sont assez abondantes, peu denses ; la dyspnée et les palpitations ont cédé, grâce à l'administration de petites doses de digitale; les douleurs des membres sont encore apparues à plusieurs reprises, mais d'une façon passagère.

21 février. Œdème des membres inférieurs, des organes génitaux, des parois abdominales. Bouffissure de la face. Urines, 400 grammes; densité, 1,021. Température toujours fébrile le soir. Frémissement cataire et souffle léger présystoliques et systoliques à la pointe du cœur. Souffle diastolique à la base. Respiration rude aux deux sommets, submatité et respiration rugueuse aux bases. (Digitale, 0,50.)

3 mars. Le malade tousse beaucoup et a des étouffements la nuit. Urines, 750; densité, 1,014. *Pouls toujours irrégulier.* Râles secs disséminés dans les poumons. (Ext. thébaïque, 0,05.)

8 mars. Urines toujours rares; densité, 1,022. Submatité et râles sous-crépitants dans les bases des poumons. (Digitale, 0,50.)

Du 9 au 16 mars, l'état du malade va tous les jours en s'aggravant: l'affaiblissement et l'anémie sont extrêmes, l'oppression est devenue continuelle. Le pouls est petit, fréquent, irrégulier; l'engouement des poumons persiste. (Potion avec 2 grammes d'éther sulfurique.)

17 mars. Le malade a craché un peu de sang ce matin ; dans la journée, la respiration s'embarrasse, le pouls devient imperceptible et la mort survient à 6 heures du soir.

Digitized by Google

Autopsie : *Poumons*. Un peu de sérosité sanguinolente dans les deux plèvres. Emphysème des lobes supérieurs, congestion et œdème des lobes inférieurs. — *Cœur*. Un peu de sérosité sanguinolente dans le péricarde. Le cœur est hypertrophié : il mesure de haut en bas et transversalement 12 centimètres. Surcharge graisseuse considérable. Cœur droit : diamètre transversal, 6 centimètres ; épaisseur de la paroi, 5 millimètres. Valvules intactes. Cœur gauche : largeur, 6 centimètres ; épaisseur, 19 millimètres. Tissu flasque, jaunâtre, friable. La valvule mitrale n'offre pas de rétrécissement, mais elle est le siège d'altérations profondes. Le bord libre des deux valves est épaissi, irrégulier, calcifié par places. Deux des cordages tendineux qui vont s'attacher à la valve antérieure sont rompus à un centimètre environ du bord libre ; ils sont épaissis, friables, ainsi que les autres tendons valvulaires ; les deux surfaces rompues sont épaissies, dures, infiltrées de sels calcaires dans une étendue de 1 à 2 centimètres ; la rupture tendineuse est donc consécutive à une calcification préalable des tendons, les deux valves peuvent s'accoler et fermer l'orifice mitral. Sur les valvules semi-lunaires droite et gauche, on constate la présence de végétations du volume d'une grosse tête d'épingle, de couleur rosée. La valve postérieure présente, au milieu environ de sa largeur, à 3 millimètres du bord libre, un orifice arrondi laissant passer l'extrémité d'une sonde cannelée et mettant en communication directe les deux faces de la valvule ; cet orifice, taillé à l'emporte-pièce, est entouré, dans sa demi-circonférence supérieure, d'un tissu calcifié. Poids du cœur, 340 grammes. — *Rate*. Hauteur, 12 centimètres ; largeur, 10 centimètres. Elle présente, à l'union du tiers supérieur avec les deux tiers inférieurs de sa face antérieure, un large infarctus de 4 centimètres de long sur 3 centimètres de large, de couleur blanc jaunâtre, cunéiforme à la coupe et pénétrant à une profondeur de 2 centimètres dans le parenchyme de l'organe. — *Foie*. Volume normal ; présente l'aspect du foie muscade gras. Estomac : longueur, 25 centimètres ; largeur au niveau du grand cul-de-sac, 16 centimètres ; au niveau du petit cul-de-sac, 9 centimètres. — *Reins*. Quelques infarctus anciens.

Cette observation présente comme particularités remarquables :

1° Une insuffisance aortique bien caractérisée cliniquement par le souffle diastolique de la base, insuffisance due à un simple orifice du volume d'une tête d'épingle traversant une valve ;

2° Une insuffisance mitrale due à une rupture de deux cordages tendineux devenus friables par calcification. Un souffle présystolique et systolique, accompagné d'un frémissement cataire isochrone au souffle, était la conséquence de cette altération. Il n'y avait pas de rétrécissement mitral le souffle présystolique résul-

Digitized by Google

tait du frottement du sang contre les rugosités calcaires valvulaires et tendineuses, sans qu'il y eût pour cela rétrécissement;

3° L'hypertrophie du ventricule gauche était moins accentuée qu'elle ne l'est d'habitude dans l'insuffisance aortique : 1° parce que le détroit de l'insuffisance était léger; 2° parce que l'insuffisance mitrale permettait une régurgitation du sang dans l'oreillette. Pour les mêmes raisons, le pouls n'offrait pas le bondissement de Corrigan d'une manière accentuée ;

4° D'après les détails de l'observation, nous sommes enclins à penser que la rupture tendineuse, cause de l'insuffisance mitrale, ne s'est produite que vers le 19 janvier. Avant cette date, le pouls était régulier et égal; le facies pâle, anémique, l'absence d'œdème et de stase pulmonaire notable parlaient surtout pour une insuffisance aortique. Le souffle et le frémissement cataire présystolique et systolique constatés dès le début s'expliquaient suffisamment par le frottement du sang contre des surfaces rugueuses et calcifiées, soit pendant la systole auriculaire, soit pendant la systole ventriculaire; ces bruits anormaux étaient bien dus à une lésion organique valvulaire; mais cette lésion organique était conciliable avec le fonctionnement normal de la valvule. A partir du 19 janvier, le pouls devient subitement irrégulier, et l'on sait que l'irrégularité du pouls est un symptôme constant de l'insuffisance mitrale. En même temps, surviennent de l'oppression, une douleur à la région précordiale sans symptôme de péricardite, et dans l'abdomen du côté gauche (infarctus splénique); les bruits du cœur sont tumultueux.

Nous supposons que la rupture tendineuse, et avec elle l'insuffisance mitrale, s'est produite à ce moment et s'est accusée par ces symptômes. La digitale compense pendant quelque temps les effets de l'insuffisance mitrale; mais à partir du 21 février, l'œdème généralisé avec bouffissure de la face et engouement pulmonaire annonce que la stase veineuse est devenue permanente.

XIX. — *Fièvre typhoïde bénigne. Lypémanie anxieuse du 15e au 35e jour. Alimentation par la sonde. Éruption furonculeuse pendant la convalescence.*

T. (Michel), âgé de 35 ans, tailleur, est entré à l'hôpital le 5 février dernier. Il aurait été pris le 23 janvier, c'est-à-dire *il y a 13 jours*, d'un *frisson violent*, suivi de raideur à la nuque et d'élancements *douloureux dans le front et l'occiput*. Le lendemain, il eut une *légère épis-*

Digitized by Google

taxis ; l'appétit, d'abord conservé, se perdit après quelques jours ; le malade n'a éprouvé d'ailleurs ni diarrhée ni constipation. Il dut interrompre son travail dès le début, cependant il pouvait se lever et sortir tous les jours sans trop de lassitude ; il vint même à pied à la consultation de l'hôpital. Comme antécédents morbides, nous n'avons à relever qu'une *fièvre typhoïde* à forme cérébrale en 1870.

État actuel, 6 février (14e jour). — Temp. : matin, 38°6 ; soir, 40°1. Pouls : matin, 84 ; soir, 80. Resp. : matin, 20 ; soir, 20. Constitution bonne, tempérament mixte. *Facies abattu, dépression profonde.* Langue *blanche au milieu, rouge sur les bords.* Ventre souple, indolore. Taches rosées nettes sur l'abdomen. Respiration et bruits du cœur nets.

7 février. Temp. : matin, 38°4 ; soir, 40°2. Pouls : matin, 96 ; soir, 96. Resp. : matin, 24 ; soir, 28. Le malade est triste et paraît plongé dans une mélancolie profonde ; il ne parle à personne et reste immobile dans son lit. *Deux selles diarrhéiques* hier.

8 février. Temp. : matin, 38°7 ; soir, 39°. Pouls : matin, 80 ; soir, 96. Resp. : matin, 24 ; soir, 29. Même état.

9 février, 17e jour. Temp. : matin, 38° ; soir, 38°6. Pouls : matin, 92 ; soir, 92. Resp. : matin, 28 ; soir, 30. Ce matin, le malade a l'air égaré ; il balance sa tête à droite et à gauche, rit ou pleure sans motif, serre les mâchoires quand on lui dit d'ouvrir la bouche. Impossible d'obtenir de lui une réponse : cependant à force d'insister, il dit « qu'il a mal au cœur » et retombe dans son mutisme.

10 février, 18e jour. Temp. : matin, 38°6 ; soir, 38°2. Pouls : matin, 88 ; soir, 70. Resp. : matin, 28 ; soir, 28. Le malade a été calme hier toute la journée ; il est resté immobile, insensible à tout ce qui se passait autour de lui, regardant obstinément un point fixe. Ce matin, il semble mieux, répond aux questions par monosyllabes. Rien de spécial à noter du côté des organes.

11 février. Temp. : matin, 37°8 ; soir, 38°2. Pouls : matin, 80 ; soir, 92. Resp. : matin, 24 ; soir, 24. La journée d'hier a été bonne, l'intelligence était assez nette. Depuis ce matin, le malade est immobile, les yeux fermés, les pupilles cachées sous les paupières supérieures, les membres inférieurs dans l'extension. Les bras conservent indéfiniment la position qu'on leur donne, comme dans la catalepsie suggestive. Les réflexes sont conservés, la sensibilité est diminuée notablement. Le malade paraît entendre les questions, mais ne peut y répondre. On le réveille un moment par des injonctions vigoureuses et réitérées ; il ouvre les yeux pour reprendre aussitôt son immobilité primitive. Constipation. Urines volontaires.

12 février, 20e jour. Temp. : matin, 37°6 ; soir, 37°8. Pouls : matin, 76 ; soir, 76. Resp. : matin, 28 ; soir, 28. Hier, le malade a pu prendre un peu de boisson ; il s'est rendormi spontanément ensuite. Il n'a pas uriné de toute la journée et a dû être sondé le soir. Ce matin, même

Digitized by Google

état : paupières demi-closes, immobilité, somnolence. Le malade comprend les questions, il ouvre les yeux, tire un peu la langue quand on le lui commande, mais il ne peut répondre et balbutie seulement quelques mots incompréhensibles.

13 février, 21e jour. Temp. : matin, 37°5 ; soir, 38°. Pouls : matin, 36; soir, 44. Resp. : matin, 28; soir, 32. Le malade est resté dans le même état toute la journée du 12. Cependant il a pu uriner seul ; parfois il ouvrait les yeux sans proférer une parole. Actuellement, état cataleptiforme; face inerte, paupières fermées, sensibilité à la douleur notablement diminuée ; membres inférieurs immobiles en extension ; les membres supérieurs gardent indéfiniment la position qu'on leur donne, mais on ne peut pas leur imprimer de mouvements automatiques. On peut tirer le malade de sa torpeur en lui criant à haute voix dans l'oreille, mais cet instant de réveil ne dure qu'un éclair et l'assoupissement reparaît aussitôt.

14 février. Temp. : matin, 37°8; soir, 37°8. Pouls : matin, 80; soir, 80. Resp. : matin, 24; soir, 26. Même état pendant toute la journée d'hier, le malade a pu difficilement avaler quelques cuillerées de bouillon dont une partie s'est écoulée encore par la commissure des lèvres. Ce matin, la torpeur paraît moindre, la perception est un peu plus nette, le malade profère quelques paroles inintelligibles quand on le presse de questions. Il peut entr'ouvrir la bouche, mais ne peut tirer la langue au dehors. Il reste assis indéfiniment quand on le place dans cette position. La sensibilité à la douleur est diminuée ; cependant, quand on le touche avec l'excitateur électrique, il cherche à s'enfuir de son lit. Cathétérisme, le malade n'ayant pas uriné depuis la veille au soir. Les urines sont claires, non albumineuses. Prescription : lavement simple. Affusions froides.

15 février, 23e jour. Temp. : matin, 37°8; soir, 38°8. Pouls : matin, 80; soir, 104. Resp. : matin, 28; soir, 24. Hier, même état. Le malade a continué à dormir sous la douche. Ce matin, la catalepsie persiste; le malade ouvre les yeux par instants, mais ne répond pas aux questions. Urine spontanément.

16 février, 24e jour. Temp. : matin, 37°4; soir, 38°3. Pouls : matin, 104; soir, 112. Resp. : matin, 28; soir, 24. Regard fixe, inertie complète. L'état cataleptiforme a disparu.

17 février. Temp. : matin, 37°7 ; soir, 38°2. Pouls : matin, 80; soir, 84. Resp. : matin, 28; soir, 28. Le malade est assis sur son lit, la face inerte, l'air hébété, ne répondant pas aux questions, ne proférant pas un seul mot. Il prend facilement du vin, du bouillon et du lait.

18 février. Temp. : matin, 37°; soir, 37°6. Pouls : matin, 100; soir, 100. Resp. : matin, 24; soir, 24. Le malade a déliré la nuit; cherchant à atteindre avec ses mains un chien qu'il croyait voir dans son lit. Aujourd'hui, même état que la veille.

Digitized by Google

19 février. Temp. : matin, 38°5; soir, 38°4. Pouls : matin, 108; soir, 112. Resp. : matin, 28; soir, 24. Nuit agitée, paroles incohérentes. Ce matin, face vultueuse, anxieuse, raideur et tremblement dans les membres inférieurs. Quelques phlyctènes sur le tronc et les fesses. Rien de spécial du côté du thorax. (Grands bains.)

20 février, 28e jour. Temp. : matin, 38°; soir, 38°. Pouls : matin, 100; soir, 104. Resp. : matin, 28; soir, 28. Le malade était mieux hier dans l'après-midi; il a parlé un peu et a pris quelques aliments légers. La nuit a été bonne. Ce matin la face est hébétée, les yeux hagards, le malade veut battre la sœur, refuse de prendre son déjeuner. Quantité de pustules sur le tronc et les jambes.

21 février. Temp. : matin, 36°8; soir, 38°; Pouls : matin, 88; soir, 104. Resp. : matin, 23; soir, 28. Le malade ne répond plus aux questions, refuse toute nourriture, les mâchoires sont serrées avec force. Cathétérisme œsophagien, introduction biquotidienne d'un litre de lait.

23 février. Temp. : matin, 37°; soir, 38°4. Pouls : matin, 100; soir, 104. Resp. : matin, 28; soir, 22. Furoncles nombreux sur le tronc et les membres. (Alimentation par la sonde.)

24 janvier. Temp. : matin, 37°6; soir, 38°. Pouls : matin, 100; soir, 106. Resp. : matin, 28; soir, 32. Langue sèche et noire. Mutisme complet. Amaigrissement considérable. Plus de 60 furoncles disséminés sur les membres supérieurs, les jambes, les fesses, le dos. (Alimentation par la sonde. Bains tièdes.)

25 février. Temp. : matin, 36°8; soir, 38°1. Pouls : matin, 84; soir, 92. Resp. : matin, 28; soir, 24.

26 février. Temp. : matin, 36°8; soir, 38°1. Pouls : matin, 92; soir, 88. Resp. : matin, 28; soir, 24. Le malade est assez calme, les abcès commencent à se flétrir.

27 février. Temp. : matin, 37°4; soir, 38°8. Pouls : matin, 84; soir, 96. Resp. : matin, 24; soir, 26.

28 février, 35e jour. Temp. : matin, 37°4; soir, 37°8. Pouls : matin, 92; soir, 92. Resp. : matin, 24; soir, 28. Le malade va mieux, il semble plus gai, il répond bien aux questions. La langue est humide, l'appétit et les forces renaissent, le malade s'alimente spontanément. (Cessation du cathétérisme. Continuation des bains.)

3 mars. La température se maintient à la normale, le malade se lève et s'assied dans un fauteuil. L'appétit est excellent. Cependant le malade parle peu et conserve un air soucieux et abattu.

15 mars. Les furoncles sont complètement guéris. Le malade va bien, il se lève tous les jours et se promène dans la cour. La figure conserve cependant une expression un peu mélancolique, mais en faisant causer le malade, on parvient facilement à dissiper ses craintes et ses idées noires, à ramener le sourire sur son visage. Le malade était fiancé

Digitized by Google

avant sa maladie ; sa fiancée venait le voir à l'hôpital ; il n'a jamais, d'ailleurs, présenté de troubles psychiques.

Cette observation est intéressante par les troubles psychiques qui ont accompagné la maladie depuis le 15e jour et qui se sont continués après la défervescence jusque vers le 35e jour. Il ne s'agissait pas ici d'une fièvre typhoïde à forme adynamique; il n'y avait ni sécheresse de la langue, ni ballonnement, ni diarrhée, ni engouement pulmonaire; la température était modérément fébrile et les troubles mentaux survécurent à la fièvre.

C'était une véritable aliénation mentale, une stupeur lypémaniaque caractérisée par un mutisme absolu, un état cataleptiforme des membres, le refus des aliments, enfin par instants du délire avec hallucinations. Ces accidents persistèrent pendant la défervescence qui dura près de huit jours (sauf quelques exacerbations vespérales), alors que l'évolution typhoïde paraissait terminée.

Une éruption furonculeuse troubla la convalescence et détermina des poussées de température le soir. Pendant une huitaine de jours, nous fûmes forcés de nourrir notre malade par la sonde et ce mode d'alimentation très facile lui permit de se soutenir et de résister victorieusement aux accidents.

Ainsi une *fièvre typhoïde d'apparence bénigne, sans manifestations nerveuses, peut se compliquer de lypémanie anxieuse avec stupeur et cela chez des sujets indemnes jusque-là de tout trouble psychique*. Cette lypémanie typhoïde est d'habitude transitoire; dans notre cas cependant, elle s'est prolongée pendant une vingtaine de jours, dont une dizaine environ après la chute de la fièvre. Les accidents de ce genre ne sont pas très rares : M. Bernheim a observé chez une jeune dame atteinte de fièvre typhoïde, d'ailleurs bénigne, un accès de lypémanie avec idées de persécution, hallucinations, abaissement de température. Au bout de 48 heures, tout rentra dans l'ordre, les troubles mentaux disparurent, la fièvre reprit, la maladie continua son évolution, l'intelligence restant désormais très nette, et se termina heureusement. Dans un autre cas, chez un de nos confrères, M. Bernheim fut témoin d'un accès de délire furieux avec hallucinations anxieuses qui dura tout un jour et fut suivi d'idées hypocondriaques qui disparurent avec la défervescence. Il semble donc que la lypémanie typhoïde ne passe pas à l'état chronique dans le plus grand nom-

Digitized by Google

bre des cas; elle peut être éphémère ou survivre, pendant un nombre de jours déterminé seulement, à la défervescence.

XX. — *Symptômes d'apparence cérébelleuse (vertige, bruits subjectifs, surdité) guéris par suggestion hypnotique. Mort par carcinome abdominal. Petit foyer dans le noyau lenticulaire gauche.*

S. (Laurent), 57 ans, journalier, se dit malade depuis dix jours : l'affection aurait débuté par une *céphalalgie gravative,* une *dureté de l'ouïe* avec *bruits de pendule* dans les oreilles, enfin, par *des vertiges,* survenus à trois reprises différentes, durant chaque fois plusieurs minutes et si violents que le malade était forcé de se cramponner aux meubles pour ne pas tomber. Néanmoins, il put continuer son travail jusqu'au 20 janvier 1884, jour de son entrée à l'hôpital. Comme antécédents, nous ne trouvons ni alcoolisme ni syphilis, notons seulement une fièvre typhoïde (?) en 1881 et depuis un mois, de l'essoufflement et une toux sèche sans expectoration.

État actuel, 20 janvier : Constitution moyenne. Apyrexie. Pouls régulier, ample, égal. *Mydriase* de l'œil droit : à l'ophthalmoscope, papille asymétrique, nacrée, vaisseaux dilatés et tortueux. *Pas d'aphasie, ni d'agraphie. Légère difficulté dans l'articulation des mots. Surdité* prononcée des deux côtés. Le tic-tac d'une montre n'est perçu ni à droite ni à gauche. *Bruits de balancier* dans les oreilles. Pas de paralysie faciale. Force musculaire plus grande à droite qu'à gauche. *Démarche un peu irrégulière,* le malade paraît traîner un peu la jambe gauche. Il se tient parfaitement en équilibre les yeux fermés. *Sensibilité tactile intacte* des deux côtés; *analgésie* assez marquée partout : réflexes de la luette et de la plante du pied abolis. *Céphalalgie* frontale assez vive. Sonorité normale en avant et en arrière du thorax. Inspiration rude surtout sous les clavicules, expiration sibilante. Bruits du cœur normaux.

26 janvier. Le malade est traité par des séances successives d'hypnotisme. A la suite de ce traitement, sa situation s'améliore rapidement, la céphalalgie et les bruits de balancier jusqu'alors insupportables diminuent considérablement; le malade marche mieux et n'éprouve plus de vertiges. La surdité persiste; cependant, l'oreille gauche perçoit le tic-tac d'une montre appliquée contre les os du crâne. Le 30 janvier, le malade perçoit le bruit de la montre à un centimètre de distance des deux côtés. Pour la première fois, il entend le bruit des cloches. État général satisfaisant. Même traitement par suggestion hypnotique (une séance par jour).

18 février. Le tic-tac de la montre est entendu à la distance de 3 centimètres et demi à droite, de 3 centimètres à gauche. De temps à autre,

Digitized by Google

le malade a éprouvé encore de la céphalalgie qui a cédé facilement à l'hypnotisme.

A partir de ce moment, la guérison fait des progrès rapides : les douleurs disparaissent, la force musculaire augmente graduellement. Main droite au dynamomètre 46, main gauche 30 ; la marche est facile et sûre, la surdité s'améliore de jour en jour : le malade entend sonner les heures en ville et peut suivre les conversations qui se font dans la salle. Il perçoit le bruit de la montre à 7 centimètres du côté gauche, à 8 centimètres du côté droit. Cependant l'analgésie persiste des deux côtés.

Le malade sort de l'hôpital complètement guéri le 16 mars.

Pendant les mois suivants, son état reste excellent ; mais à partir du mois d'octobre, la scène change : le malade est pris de *vomissements alimentaires* avec *renvois et régurgitations*. Pas de mélæna ni de gastrorrhagie, pas de douleurs au creux de l'estomac ; deux à trois selles diarrhéiques par jour. Il entre à l'hôpital le 11 décembre 1884.

A son entrée, on constate : Apyrexie. Amaigrissement considérable. Mydriase persistante à droite. Pas de surdité. Thorax amaigri, clavicules saillantes. Sonorité normale en avant et en arrière. Respiration nette. Bruits du cœur normaux. Le foie ne dépasse pas le rebord costal. L'estomac est dilaté ; on perçoit, au niveau du creux épigastrique, *une rénitence assez nette, mais pas de tumeur limitée*. En introduisant une sonde œsophagienne dans l'estomac, on ramène un petit caillot sanguinolent dans lequel l'examen histologique révèle la présence *de cellules de carcinome*.

A partir de ce moment, le malade se cachectise de plus en plus, les vomissements sont incessants, le malade ne peut garder aucun aliment. (Lait, gelée de viande, glace, champagne frappé ; applications de collodion.)

Le 30, on constate un certain degré d'ascite.

10 janvier. Ascite remontant jusqu'à l'ombilic. *Tumeur dure très nette au niveau du pylore* Diarrhée, selles involontaires ; marasme. Mort le 15 janvier.

Autopsie. — L'abdomen contient environ deux litres de sérosité citrine. Le *foie* ne déborde pas le rebord des fausses côtes ; il présente à sa surface une quinzaine de *noyaux squirrheux* du volume d'un grain de mil à une noisette. L'estomac adhère fortement au bord postérieur du lobe droit du foie. Toute sa paroi est épaissie, lardacée, et mesure un centimètre d'épaisseur. Le pylore n'est pas notablement rétréci, mais *le cardia est le siège d'une infiltration squirrheuse*. En ouvrant l'estomac, on constate, au-dessous du cardia, vers la petite courbure, une vaste ulcération cancéreuse, anfractueuse, mesurant plusieurs centimètres de diamètre. Toute la paroi interne de l'estomac est fongueuse, bourgeonnante. — Les anses intestinales sont injectées, criblées de granulations de carcinome miliaires ; il en est de même du

Digitized by Google

péritoine pariétal. L'épiploon est dur, épaissi, rétracté et contient des masses lardacées. Les ganglions mésentériques ont subi également la dégénérescence cancéreuse. — La *rate* est petite, d'aspect normal. — Le *rein droit* présente, au niveau du hile, quelques *ganglions cancéreux*. La capsule est adhérente et à la coupe on constate *que la région médullaire* est *envahie par le processus cancéreux*. Le rein gauche est difficile à décortiquer : sa surface est granuleuse, la substance corticale est diminuée d'épaisseur, et présente une teinte grisâtre. La consistance du rein est dure, mais il ne paraît pas dégénéré comme le rein droit.

Cerveau. Artères de la base rigides, athéromateuses, ne contenant que des caillots récents. Décortication facile. Pas de lésions à la surface. Sur des coupes, on rencontre dans l'hémisphère gauche, *dans le noyau extraventriculaire du corps strié*, à six millimètres en arrière de l'extrémité antérieure, un ancien foyer de ramollissement de forme losangique mesurant d'avant en arrière cinq millimètres, transversalement à sa partie moyenne 6 millimètres, enfin en profondeur 3 millimètres à peine. Tout le reste du cerveau, le cervelet et le bulbe ne présentent rien d'anormal.

Poumons. Emphysème léger des sommets. Pigmentation considérable. Pas de tubercules. Congestion des lobes inférieurs.

Cœur. Plaque laiteuse sur la face antérieure du ventricule droit. Dimensions : hauteur 9 centimètres, largeur 8 centimètres. Paroi du cœur droit 5 millimètres, du cœur gauche 15 millimètres. Tissu pâle, jaunâtre mais assez ferme.

Notre malade est donc entré une première fois à l'hôpital avec des symptômes qui pouvaient faire songer soit à une maladie de Ménière, soit à une hémorrhagie cérébelleuse; nous inclinions vers cette dernière opinion (céphalalgie gravative, dureté de l'ouïe, bruits de pendule remarquables dans les oreilles, vertiges, et irrégularité légère de la démarche ; analgésie, sans anesthésie). L'autopsie n'a montré qu'un très petit foyer de ramollissement dans le noyau lenticulaire gauche; aucune lésion n'existait dans le cervelet; les troubles ne sont donc pas expliqués par cette lésion anatomique. Étaient-ce des perturbations de nature dynamique dues au retentissement à distance de la lésion sur d'autres centres nerveux (pédoncules, cervelet, noyaux du nerf acoustique, etc.)? Cela nous paraît probable; on sait, en effet, que Brown-Séquard attribue une importance majeure à ces phénomènes d'irradiation *ou à distance*, dans la pathologie nerveuse; et d'ailleurs, le résultat favorable de la thérapeutique suggestive concorde avec

Digitized by Google

l'idée de *troubles fonctionnels, dynamiques.* En quelques jours l'ouïe reparut, la céphalalgie et les bruits subjectifs des oreilles disparurent, l'amélioration suivait immédiatement la séance hypnotique, ne laissant pas de doute sur la relation de cause à effet. Six mois après la guérison de cette affection nerveuse, apparurent les symptômes du cancer hépatique et stomacal qui amena la mort.

XXI. — ***Endo-péricardite rhumatismale. Asystolie. Insuccès de la digitale et des autres médications. Embolies pulmonaires. Asphyxie de la jambe droite par thrombose de la veine poplitée.***

II. (Marie), 47 ans, journalière, est entrée à la clinique le 22 avril 1885. Le début de sa maladie remonterait, d'après elle, à plusieurs mois : elle aurait éprouvé alors des battements de cœur exagérés par la marche et les efforts; de plus, elle avait environ une fois par mois des vertiges avec faiblesses et pertes de connaissance durant 10 à 15 minutes. Quoi qu'il en soit, au mois de novembre 1884, elle ressentit pour la première fois de l'oppression qui s'établit lentement, sans toux ni expectoration. Cette dyspnée diminua cependant à partir du mois de janvier, mais elle reparut plus forte et sans aucune interruption à la fin du mois de mars. En même temps, la malade ressentait des douleurs entre les deux épaules, si violentes qu'elle ne pouvait rester couchée et était contrainte de passer les nuits assise sur un fauteuil. Enfin, il y a 18 jours, apparut un œdème considérable des membres inférieurs qui persiste encore aujourd'hui. Notons que la malade est sujette à des douleurs rhumatismales, mais qu'elle n'a jamais eu d'attaques de rhumatisme articulaire aigu.

État actuel, 23 avril: Apyrexie. Cyanose et oppression considérables. Œdème notable des membres inférieurs. Thorax large, bombé. Sonorité exagérée en avant sous les deux clavicules; à ce niveau, inspiration rude et sèche, expiration sibilante. En arrière, son normal à droite et à gauche dans toute la hauteur, respiration soufflée au sommet gauche, nette au sommet droit; râles muqueux fins dans les deux bases. Le cœur ne paraît pas hypertrophié; souffle systolique à la pointe. Pouls, 68, petit, irrégulier. Urines, 350. Densité : 1018. (Digitale en infusion, 60 centigrammes.)

26 avril. Après l'administration de 4 potions de digitale, l'état de la malade ne s'est pas amélioré : l'oppression et la cyanose persistent. Le pouls est toujours irrégulier, les urines n'ont pas dépassé 860 grammes; leur densité est encore élevée : 1025. (Caféine, 1 gramme; ventouses sèches.)

30 avril. Urines, 320. Densité : 1030. Cyanose considérable. Pouls

Digitized by Google

petit, inégal, irrégulier. Râles sous-crépitants en petit nombre dans les deux bases.

1er mai. Oppression considérable; la malade est forcée de passer les nuits assise sur un fauteuil. Urines de plus en plus rares. Diarrhée abondante. Pouls 92, toujours petit et irrégulier. (Ventouses sèches, 6 sangsues.)

5 mai. Teinte subictérique des téguments. Bruits du cœur toujours irréguliers. L'œdème n'a pas augmenté. Les urines sont très peu abondantes. La diarrhée est moindre. Respiration soufflée au sommet gauche, rugueuse dans les deux bases. Expectoration hémoptoïque. (Iodure de potassium.)

Du 6 au 11 mai, même état. Les urines varient entre 350 et 650 grammes. La densité s'élève de 1018 à 1021. L'oppression persiste au même degré. La teinte subictérique est plus prononcée. (Potion avec quinquina et rhum.)

11 mai. Angoisse respiratoire permanente. La malade ne peut rester couchée. Pouls, 72. Resp., 58. Urines involontaires.

12 mai. Cyanose persistante. Respiration laborieuse. Pouls assez régulier, 74. Œdème plus marqué des membres inférieurs avec quelques taches purpuriques. Urines rares, involontaires.

14 mai. La malade a dormi cette nuit et se trouve mieux. Pouls assez ample, régulier. Respiration assez nette. Même cyanose. Nombreuses ecchymoses sur le lobule du nez, à la face dorsale des deux mains, au coude droit, sur les jambes. Le pied droit est très douloureux, livide.

15 mai. Même état. Le pied droit est livide, violacé, insensible.

16 mai. Teinte subictérique prononcée. Agitation considérable; la malade veut se lever, ses membres présentent un léger tremblement. Pouls, 92, régulier, égal. Selles et urines involontaires. Le pied droit est bleuâtre; la cyanose et l'anesthésie se sont étendues jusqu'au tiers inférieur de la jambe; à la partie antérieure de celle-ci, il existe une grande phlyctène. Les ecchymoses se sont multipliées; outre celles qui ont été notées hier, on constate un grand nombre de taches hémorrhagiques sur les deux joues ainsi que deux larges ecchymoses, l'une à la partie supérieure et externe du bras droit mesurant environ 13 centimètres de haut sur 5 centimètres de large, l'autre du volume d'une pièce de 5 francs à la partie externe de l'omoplate du même côté. La malade succombe le 17 au soir.

Autopsie. — Les deux plèvres contiennent environ 100 grammes de sérosité sanguinolente. — *Poumons :* Emphysème des lobes supérieurs. Au sommet gauche, infarctus ancien du volume d'un œuf, dur et sclérosé. Œdème et congestion considérables du lobe inférieur gauche. A la base droite, congestion chronique (tissu mou, friable); infarctus récent, cunéiforme, mesurant 3 centimètres de haut sur 2 centimètres de

Digitized by Google

large. — *Foie.* Hauteur (lobe droit) 15 centimètres, largeur 21 centimètres. Foie muscade gras. Poids, 1,090 grammes. — *Péricarde :* en partie adhérent au cœur, surtout vers la base où se trouvent les adhérences les plus fortes. Dépôts fibrineux récents à la surface du cœur. — *Cœur.* Poids : 330 grammes, hauteur 11 centimètres, largeur 12c,5. Cœur droit : mesure transversalement 6c,5 ; épaisseur de la paroi, 6 millimètres. Caillots mous rougeâtres. A l'origine de l'artère pulmonaire, il existe un caillot mou, d'apparence récente, en partie décoloré, non adhérent, se prolongeant dans une courte étendue des deux branches de bifurcation. Contre les colonnes charnues, on rencontre une grande quantité de *caillots grisâtres, anciens, assez adhérents.* Enfin dans quelques branches de division assez éloignées de l'artère pulmonaire, on trouve quelques caillots anciens semblables à ces derniers. Valvules saines. Cœur gauche : largeur 5 centimètres 1/2, épaisseur de la paroi 1c,3. Pas d'insuffisance ni de rétrécissement mitral. La valvule mitrale présente sur tout son pourtour, un peu au-dessus de l'insertion des cordages tendineux, une couronne de végétations miliaires, rougeâtres. Le bord libre de la valvule est un peu épaissi. Dans la cavité du ventricule, il existe un caillot assez ancien, décoloré, encore assez mou cependant, s'étendant de bas en haut comme un pilier charnu, disposé de façon à n'entraver nullement le jeu de la valvule et envoyant par sa base des prolongements qui s'insinuent entre les aréoles musculaires de la paroi. L'auricule gauche contient un caillot grumeleux, plus ancien que celui du ventricule et qui semble avoir subi un commencement de dégénérescence granulo-graisseuse. Pas d'insuffisance aortique notable; les valvules peuvent s'adosser exactement, mais néanmoins il persiste, après leur fermeture, un pertuis du calibre d'une petite tête d'épingle. Les trois valves présentent une guirlande de végétations miliaires à quelques millimètres au-dessus de leur bord libre ; végétations plus volumineuses que celles de la mitrale, adhérentes, assez fermes. Le nodule d'Arantius de la valve antérieure gauche est épaissi et plus volumineux qu'à l'état normal. Quelques dépôts athéromateux à l'origine des artères coronaires. Tissu musculaire du cœur assez ferme. — *Rate.* Volume normal, consistance ferme. — *Reins.* Volume normal. Décortication facile, surface rouge, lisse, vascularisée. Deux ou trois petits kystes superficiels sur chaque rein. Traces d'infarctus anciens sous forme de cicatrices étoilées. La substance corticale présente par places une épaisseur de 7 millimètres, ailleurs de 3 millimètres seulement. A la coupe, congestion veineuse simple. — *La veine poplitée droite est oblitérée par des caillots décolorés adhérents à la paroi* sur une étendue de 3 centimètres. L'artère poplitée est relativement étroite, sa circonférence n'est que d'un centimètre.

Digitized by Google

En résumé, une asystolie par endo-péricardite reste réfractaire à la digitale, à la caféine et autres toniques du cœur. L'absence de dilatation notable du cœur et de stase veineuse dans les bases des poumons nous avait fait penser que la permanence de l'asystolie n'était pas due à l'irréductibilité d'un obstacle valvulaire; ce n'était pas une asystolie absolument mécanique.

L'autopsie montra, en effet, que les valvules mitrales et aortiques, bien que garnies de végétations fines, ne présentaient cependant ni rétrécissement ni insuffisance. Le muscle cardiaque aussi n'était pas dégénéré.

La résistance de l'asystolie à la digitale paraît donc due :

1° Aux adhérences péricardiques;

2° A la présence de caillots assez nombreux et adhérents dans le ventricule et dans l'auricule gauches, pouvant gêner la contractilité du muscle cardiaque;

3° A l'existence d'embolies dans les branches de l'artère pulmonaire ayant déterminé des infarctus hémorrhagiques.

Notons encore la thrombose de la veine poplitée droite et l'asphyxie consécutive de la jambe, enfin les taches de purpura multiples pouvant être attribuées à des thromboses ou embolies des petits vaisseaux cutanés.

XXII. — *Néphrite diffuse subaiguë. Urémie épileptiforme. Anasarque. Gros reins blancs. Foyer de ramollissement dans le lobule orbitaire droit.*

Le nommé Th. (Léopold), âgé de 26 ans, facteur rural, a été pris subitement le 24 mars, d'*attaques épileptiformes* et amené à la Maison de secours dans le coma. En l'absence de tout œdème et bien que le malade ne présentât aucune trace d'accidents spécifiques, on songea immédiatement à une syphilis cérébrale et on prescrivit des frictions d'onguent napolitain et des applications de glace sur la tête. Le lendemain, l'état était resté le même ; le malade n'avait pas repris connaissance; on fut amené à pratiquer le cathétérisme de la vessie et on constata que l'urine obtenue était *fortement albumineuse.* On alla alors aux informations et on apprit que depuis six semaines le malade se plaignait d'une fatigue inusitée qui ne l'empêcha pas néanmoins de continuer son service pendant trois semaines, mais qu'alors il avait été pris de *céphalalgie frontale et occipitale tenace,* et en même temps d'une *douleur intense dans les reins* qui l'empêchait de marcher et de dormir, enfin que peu de temps avant son entrée il avait présenté de la *bouffissure de la face.* Vers la même époque, il aurait été pris de

Digitized by Google

délire et se serait promené dans les rues à demi nu. On avait donc affaire à des *accidents urémiques* consécutifs à une néphrite parenchymateuse : on pratiqua alors une saignée de 200 grammes et le sang analysé au laboratoire des cliniques présenta une *proportion de 0gr,025 d'urée pour 100 grammes*. Le 26, le malade reprit peu à peu connaissance, l'albuminurie persista (régime lacté); enfin, le 5 avril, c'est-à-dire 12 jours après son attaque, le malade présenta de nouveau de l'œdème de la face accompagné cette fois d'œdème des membres inférieurs; il fut évacué à l'hôpital civil le 12 avril.

Le 13 avril, on constate: intelligence nette, apyrexie, pouls à 104, régulier, égal, assez ample. Face fortement bouffie, assez colorée. Œdème peu prononcé du membre supérieur droit; plus marqué des membres inférieurs. Langue un peu chargée, fonctions digestives assez normales. Pas de battements de cœur, ni d'essoufflement. Thorax large bien conformé. Respiration abdominale. En avant, son normal un peu tympanique aux 2e et 3e espaces. Inspiration sèche, expiration prolongée. En arrière, sonorité au sommet droit, matité depuis l'angle de l'omoplate jusqu'à la base. Respiration nette dans la fosse sus-épineuse, rude dans la fosse sous-épineuse, soufflée et accompagnée de râles sous-crépitants depuis l'angle de l'omoplate jusqu'à la base. A gauche : sonorité au sommet, submatité dans les quatre derniers espaces. Respiration nette dans les fosses sus et sous-épineuses, râles sous-crépitants sans souffle depuis l'angle de l'omoplate. Choc du cœur normal. Bruits nets. La douleur de la région rénale a disparu presque complètement. Urines, 1,400. Densité : 1012, légèrement sanguinolentes; très albumineuses. Au microscope, globules blancs et rouges, cylindres hyalins et granulo-graisseux. (Régime lacté mitigé. Bain de vapeur.)

14 avril. Urines, 1,370. Densité : 1012, moins sanguinolentes. Le bain de vapeur n'a pas déterminé de sueurs; il sera désormais remplacé par des injections sous-cutanées de pilocarpine. (Eau-de-vie allemande, 30 grammes.)

15 avril. 12 selles diarrhéiques à la suite du purgatif. Le malade se plaint de céphalalgie, l'œdème pulmonaire remonte jusqu'à l'épine de l'omoplate. (Injection sous-cutanée de pilocarpine, 0,02.)

16 avril. A la suite de l'injection, sueurs abondantes. 300 centimètres cubes de salive. Urines, 1,200. Densité : 1012. Réaction faiblement acide. Dépôts nuls. Urée, 13gr,89. Chlorures, 3,54. Phosphates, 1gr,04. Albumine, 13gr,20. L'œdème paraît avoir diminué. (Eau-de-vie allemande, 30 grammes.)

17 avril. Hier, 8 selles diarrhéiques. Urines, 1,100. Densité : 1010. *Céphalalgie persistante.* (Injection de pilocarpine.)

18 avril. Sueurs profuses pendant 1 heure ½. Salive, 300 grammes.

Digitized by Google

Urines, 1,650. Densité : 1018. *Se plaint toujours du mal de tête.* (Eau-de-vie allemande.)

19 avril. 6 selles diarrhéiques à la suite du purgatif. Urines, 1,450. Densité : 1010. (Injection de pilocarpine.)

20 avril. Urines : 1,500. Densité : 1012. Après l'injection de pilocarpine, sueurs abondantes, salivation (200 grammes). (Eau-de-vie allemande.)

21 avril. Urines, 1,050. Densité : 1012. L'œdème a diminué, mais le malade se plaint de ne plus pouvoir distinguer les objets depuis quelques jours. Nausées et sensation de plénitude stomacale depuis hier. Souffle et râles sous-crépitants à la base droite depuis l'angle de l'omoplate (pneumonie catarrhale). 7 selles diarrhéiques. (Pilocarpine.)

22 avril. Urines, 1,400. Densité : 1010 ; *sanguinolentes.* Sueurs abondantes. Salive, 500. (Eau-de-vie allemande.)

23 avril. Urines : 950. Densité : 1018 ; fortement sanguinolentes. Réaction alcaline. Dépôts de phosphate ammoniaco-magnésien. Urée, 11^{gr},21. Chlorures, 2,02. Acide phosphorique total, 0,68. Albumine en abondance. (5 selles diarrhéiques.)

24 avril. Urines, 600. Densité, 1016 ; troubles et toujours sanguinolentes. Matité avec souffle et râles sous-crépitants à la base droite. Beaucoup d'oppression le soir. La bouffissure de la face persiste, l'œdème des membres inférieurs a diminué. (Régime lacté pur.)

25 avril. Urines, 1,350. Densité : 1016 ; mêmes caractères que plus haut. Le malade a pris deux litres de lait dans la journée. 7 selles diarrhéiques peu abondantes hier. Même état de l'œdème. Amblyopie persistante. Légère céphalalgie. Quand le malade est assis sur son lit, la pointe du cœur se perçoit au 6e espace sur la ligne mamillaire. (Iodure de potassium, 1 gramme ; ergotine, 1 gramme.)

26 avril. Urines, 1,000. Densité : 1012. A 3 heures $^{1}/_{2}$ du soir, le malade est pris d'une *attaque épileptiforme* qui dure un $^{1}/_{4}$ d'heure. Après un coma d'une durée assez longue, il revient à lui, vers 5 heures.

27 avril. Ce matin, la face est plus bouffie, la paupière droite surtout est très œdématiée. L'œdème des membres inférieurs est peu prononcé. Céphalalgie moindre. Douleur assez vive entre les deux épaules. Matité, souffle et râles sous-crépitants à la base droite jusqu'à l'épine de l'omoplate, souffle à la partie interne de la fosse sus-épineuse. A gauche, râles sous-crépitants fins à la base. Encore 6 selles diarrhéiques. Urines, 700. Densité : 1016 ; alcalines. Dépôts de phosphate ammoniaco-magnésien, d'urates, de globules sanguins. Urée, 7,41. Chlorures, 1^{gr},99. Acide phosphorique total, 2^{gr},03. Albumine, 14 grammes. (Extrait de scille, 1^{gr},50.)

28 avril. Temp. : matin, 37°6. Pouls : 104. Temp. : soir, 38°2. Pouls :

Digitized by Google

102. Urines, 700; sanguinolentes. Densité : 1015. Deux selles diarrhéiques. Œdème considérable. Même état du poumon.

29 avril. Urines, 1,000. Densité : 1013. (A pris 2 litres de lait hier.) Temp. : matin, 37. Pouls : 104. Temp. : soir, 37°2. Pouls : 104. L'œdème persiste au même degré. A la base droite, souffle, voix nasonnée, matité (épanchement). A la base gauche, râles sous-crépitants (engouement).

30 avril. Urines, 1,000; toujours sanguinolentes. Densité : 1014. (Le malade continue à prendre tous les jours 2 litres de lait.) Temp. : matin, 37. Pouls : 104. Temp. : soir, 37°4. Pouls : 106. Même état des poumons ; douleur au-dessous du rebord costal gauche.

1er mai. Urines, 1,300. Densité : 1014. Huit à dix selles diarrhéiques hier. A la base droite, le souffle et la matité remontent jusqu'à l'épine de l'omoplate. Amblyopie persistante. Temp. : matin, 37. Pouls : 104. Temp. : soir, 37°6. Pouls : 112.

2 mai. Urines, 950; sanguinolentes. Densité : 1014. Temp. : matin, 37. Pouls : 104. Temp. : soir, 37°4. Pouls : 104. Une seule selle diarrhéique hier. Même état : l'épanchement persiste à la base droite, l'engouement à la base gauche. (Digitale, 0,60.)

3 mai. Temp. : matin, 38°8. Pouls : 100. Temp. : soir, 36°6. Pouls : 100. Urines, 700. Densité : 1015. (Digitale, 0,60.)

4 mai. Urines, 900. Densité : 1014; encore légèrement sanguinolentes. Pouls : 104. (Digitale, 0,60.)

5 mai. Urines, 600. Densité : 1018. A eu hier soir quelques nausées. Même état de l'œdème. Pas de céphalalgie ni d'insomnie. Souffle léger systolique à la pointe du cœur. (Digitale, 0,60.)

6 mai. Urines, 800. Densité : 1015. Pouls : 100, régulier, égal. Les nausées n'ont plus reparu. Deux selles diarrhéiques depuis hier. Amblyopie plus marquée, légère céphalalgie frontale. A 11 heures du matin, le malade est pris brusquement d'une *attaque épileptiforme* et tombe de son lit en se faisant une contusion assez forte à la tête. A 1 heure de l'après-midi, il revient un peu à lui tout en délirant par instants. Quinze attaques semblables surviennent dans la soirée et dans la nuit.

7 mai. Le malade a encore eu une crise épileptiforme ce matin. A la visite, nous le trouvons plongé dans le coma, les yeux fermés, les pupilles rétrécies ne réagissant que faiblement à la lumière, la respiration stertoreuse. La sensibilité est intacte; les réflexes cutanés semblent moins accusés à la jambe gauche qu'à la jambe droite. Urines involontaires. Pouls inégal, 84. Temp. : 38°1. A 9 heures du matin, nous sommes témoins d'une nouvelle crise : *La tête et les yeux sont fortement déviés du côté gauche ; les secousses convulsives commencent par le côté gauche de la face qui est tirée violemment du côté gauche,* la langue est mordue ; une écume sanguinolente s'échappe des lèvres ;

Digitized by Google

après quelques secondes, les convulsions se généralisent à tout le corps; la respiration est pénible, anxieuse, la cyanose devient extrême puis tout à coup les convulsions cessent et le malade retombe dans le coma. Toute la scène a duré 3 minutes. A la fin de l'accès, le pouls est devenu très fréquent, 180. Les pupilles sont punctiformes. (Chloroforme.)

8 mai. Dans la journée d'hier, le malade n'a pas repris connaissance, il a été très agité et n'a pu rien prendre. Urines toujours involontaires. Ce matin, il répond un peu aux questions. L'œdème a augmenté aux membres supérieurs et à la face, surtout à droite. La langue présente les traces de morsures profondes. (Collutoire à l'acide borique.)

9 mai. Urines, 900. Densité : 1014. Le malade a été calme hier ; à 4 heures du soir, l'intelligence était très nette. Amblyopie plus marquée, le malade croit avoir un nuage épais devant les yeux ; il ne distingue pas les objets qu'on lui présente. Même état du thorax. Œdème toujours très prononcé.

10 mai. Apyrexie. Dépression profonde des forces. Selles involontaires. Urines, 900. Densité : 1013. (Liqueur d'Hoffmann, 2 grammes.)

12 mai. Urines, 1,450. Densité : 1015 ; alcalines. Dépôt : globules sanguins en abondance, cylindres hyalins et granulo-graisseux. Urée, 19,30. Albumine, 13^{gr},50. Bouffissure considérable. Matité à la base droite depuis l'angle de l'omoplate, souffle nasonné ; à gauche, râles sous-crépitants à la base. Respiration anxieuse. Point douloureux à la partie inférieure gauche du thorax.

13 mai. Resp. : 32. Pouls : 124, petit, irrégulier. Respiration laborieuse. Urines involontaires, sanguinolentes. — Mort à 10 heures du soir.

Autopsie. — *Poumons :* Épanchement séro-sanguinolent dans les deux plèvres, surtout à droite. *Poumon gauche :* Emphysème au sommet ; congestion et œdème du lobe inférieur. *Poumon droit :* Emphysème au sommet et en avant ; bronchopneumonie chronique avec dilatation des bronches dans tout le lobe inférieur. — *Cœur :* 30 grammes de sérosité sanguinolente dans le péricarde. Poids : 370 grammes, hauteur 11 centimètres, largeur 11 centimètres. Cœur droit dilaté : largeur (de la cloison au bord droit), 6 centimètres ; épaisseur de la paroi, 8 millimètres. Contenu : un peu de sang fluide. Cœur gauche, largeur 5 centimètres, épaisseur de la paroi 1^{c},8. Aucune lésion valvulaire. Tissu pâle, mou, gras. — *Foie :* Longueur 24 centimètres, hauteur : lobe gauche 13^{c}5 ; lobe droit 25 centimètres, congestionné. — *Rate :* Diffluente, hauteur 14 centimètres, largeur 12 centimètres. *Rein gauche :* Poids, 185 grammes. *Aspect du gros rein blanc lisse.* Décortication facile. Surface blanc luisant, parsemée d'arborisations vasculaires. A la coupe, substance corticale épaissie mesurant 1 centimètre, de couleur blanche avec stries et points rouges. Substance tubuleuse violacée.

Digitized by Google

Rein droit : Poids, 195 grammes. Même aspect que le rein gauche. A la coupe, on constate que les lésions sont plus profondes encore que celles du rein gauche. La substance corticale est énormément augmentée de volume, mesurant par places 1c,8, ailleurs jusqu'à 3 centimètres, la substance tubuleuse est comme atrophiée ; il existe entre les pyramides jusqu'à 4 centimètres d'écartement.

Examen histologique des reins : Les reins présentent les lésions de la néphrite chronique diffuse. Les cellules des tubes urinifères sont tuméfiées, chargées de granulations graisseuses. Le calibre des tubes est en partie comblé par des cylindres hyalins ou par des masses d'épithélium aggloméré. Les glomérules de Malpighi sont altérés : leur capsule est très épaissie, leur épithélium de revêtement présente une prolifération abondante. Le tissu conjonctif du rein est également enflammé ; par places on rencontre une assez grande quantité de noyaux embryonnaires arrondis ; ailleurs, des îlots de tissu conjonctif adulte qui enserre des tubes et des glomérules en voie d'atrophie. Les artérioles sont le siège d'une artérite chronique.

Cerveau. Poids, 1,520 grammes. Décortication facile. Pas d'œdème sous-arachnoïdien. *A la base du cerveau, au niveau de la partie antérieure du lobe frontal* droit, il *existe un foyer de ramollissement de couleur jaune ocreux,* mesurant d'avant en arrière, au niveau de la scissure interhémisphérique, 2 centimètres et demi, à sa partie la plus externe 1 centimètre et demi, transversalement 6 centimètres, c'est-à-dire *toute la largeur du lobule orbitaire ;* en profondeur 1 centimètre. Le tissu qui forme le foyer est très mou et se désagrège facilement sous un filet d'eau ; au centre, on trouve une sorte de bourbillon rougeâtre, formé de cristaux d'hématoïdine et de débris de tubes nerveux, du volume d'une petite noisette. Le reste du cerveau est sain.

Il s'agit donc d'une néphrite diffuse subaiguë ayant évolué mortellement, après 3 mois environ de durée, chez un facteur rural exposé par sa profession, au froid et à l'humidité.

Simple fatigue pendant 3 semaines, puis céphalalgie frontale et occipitale tenace, douleur dans les reins ; vers la cinquième semaine, légère bouffissure à la face, puis vers la sixième, délire et accès épileptiformes d'apparence urémique ; vers la huitième seulement (12 jours après l'attaque), anasarque, œdème et congestion pulmonaires ; enfin, à partir de ce moment, insuffisance urinaire, albuminurie, anasarque permanentes, céphalalgie persistante ; attaque épileptiforme le 26 avril ; état de mal épileptique (17 attaques), les 6 et 7 mai ; mort par hydrémie cachectique le 13 mai : telle est à grands traits l'évolution de la maladie.

Digitized by Google

Le fait important de cette observation est le suivant : outre *les deux gros reins blancs,* il existait un foyer *de ramollissement du volume d'une petite noix, occupant la partie antérieure du lobule orbitaire droit.* Y a-t-il une relation pathogénique entre les deux lésions? Aucune lésion vasculaire n'a pu être constatée. Dans la néphrite interstitielle chronique, la coïncidence des lésions cérébrales et rénales est fréquente, toutes deux étant dues à l'endartérite chronique; mais il s'agissait ici d'une néphrite parenchymateuse, sans lésion cardiaque ni vasculaire, du moins constatée. Donc la relation, si elle existe, comme nous le pensons, nous échappe entièrement. L'existence de la bronchopneumonie chronique limitée au lobe inférieur droit montre cependant que des phlegmasies viscérales chroniques peuvent coexister avec une néphrite diffuse subaiguë.

Quels ont été les symptômes dus au foyer de ramollissement cérébral?

Remarquons d'abord que ce foyer placé en dehors de la région corticale motrice n'a produit aucune paralysie, ce qui est conforme à la doctrine courante des localisations cérébrales. Rien dans l'évolution clinique ne précise d'une façon certaine le moment de son invasion : peut-être *la céphalalgie frontale et occipitale tenace,* survenue 3 semaines après le début de la maladie doit-elle lui être rapportée. Notons que cette céphalalgie frontale a persisté presque jusqu'à la fin, semblant par son opiniâtreté accuser une cause organique.

Le foyer cérébral a-t-il été pour quelque chose dans la genèse des attaques épileptiformes? Nous le pensons, en raison des symptômes spéciaux de l'attaque à laquelle nous avons assisté le 7 mai. Les secousses convulsives, limitées d'abord au côté gauche de la face et ne se généralisant qu'au bout de quelques secondes, la déviation de la tête et des yeux du côté gauche, rappelaient en effet l'épilepsie jacksonienne, d'origine corticale, si bien qu'au lit du malade nous avons signalé le cas aux élèves, comme tendant à démontrer que l'épilepsie urémique (nous la pensions simplement urémique) peut revêtir quelquefois les caractères de l'épilepsie corticale.

L'autopsie a montré la raison de ce fait ; il y avait en effet lésion corticale. On sait, d'ailleurs, que la déviation conjuguée des yeux et de la tête, d'origine paralytique cérébrale, se fait toujours du côté de l'hémisphère lésé, tandis que celle d'origine convulsive

Digitized by Google

cérébrale se fait du côté des membres convulsés, ce qui était le cas chez notre homme. En résumé, nous pensons que ces accidents cérébraux épileptiformes étaient dus aux deux causes réunies : ramollissement cortical et urémie. Seul et sans urémie, le foyer, placé en dehors de la zone corticale motrice, n'aurait peut-être pas produit de convulsions. Mais tout malade affecté d'insuffisance urinaire, et dont le sang contient par défaut d'élimination, un excès de principes toxiques de l'urine, se trouve par cela même, dans un état d'irritabilité nerveuse cérébrale ou de diathèse particulière à la faveur de laquelle une lésion cérébrale surajoutée, en d'autres temps inoffensive, peut faire éclore les accidents. Ainsi les alcoolisés, qui n'ont jamais eu d'accidents nerveux notables, peuvent, à la faveur d'un traumatisme chirurgical ou d'une fièvre légère, prendre un accès de *delirium tremens*. De même l'intoxication saturnine, l'intoxication par le virus rabique, peuvent rester longtemps latentes, ou ne produire que des symptômes légers; mais une cause accidentelle, peut devenir la cause occasionnelle des accidents graves de la diathèse. (Voir *Revue médicale de l'Est,* 1875, p. 371.)

XXIII. — *Rhumatisme articulaire subaigu. Endocardite mitrale végétante. Infarctus rénaux et néphrite. Embolie corticale du cerveau. Urémie épileptiforme ultime.*

Halpstroff (Augustine), âgée de 19 ans, domestique, se dit malade depuis 15 jours. L'affection aurait débuté par des douleurs dans les jambes et dans les pieds, non accompagnées de gonflement et ne l'empêchant pas de marcher. Cinq jours après apparut une douleur dans l'épaule gauche; enfin depuis huit jours la malade a été prise d'oppression, de fièvre et de battements de cœur qui ne firent qu'augmenter depuis. Elle put cependant continuer son travail et vint même à pied à la consultation de l'hôpital où elle fut admise le 21 mai 1885.

A son entrée (22 mai), on constate les symptômes suivants : constitution bonne, tempérament très lymphatique. Face pâle, bouffie, anxieuse, abattue. Douleurs subjectives dans les cous-de-pied, non exagérées par la pression, sans rougeur ni gonflement. La pointe du cœur bat au cinquième espace sur la ligne mamillaire. Souffle doux systolique à la pointe avec léger piaulement. Sonorité thoracique normale, respiration nette. Temp. : matin, 39°2. Pouls : 132. Temp. : soir, 39°. Pouls : 136. Urines peu abondantes, 300 grammes, noirâtres, troubles, fortement chargées d'albumine.

Digitized by Google

Diagnostic : Rhumatisme articulaire subaigu; endocardite mitrale. (Digitale, 0gr,60.)

23 mai. Temp. : matin, 38°4. Pouls : 120. Temp. : soir, 39°. Pouls : 120. Urines, 350. Densité : 1026. Même état. (Digitale, 0gr,60.)

24 mai. Temp. : matin, 38°6. Pouls : 116. Temp. : soir, 39°2. Pouls : 116. Urine, 400. Densité : 1030. (Digitale, 0gr,60.)

25 mai. La digitale n'a produit aucune amélioration. Mêmes signes du côté du cœur. Respiration rugueuse avec quelques ronchus vers les bases. Urines toujours rares et denses, 650. Densité : 1020. Douleurs vives dans les deux jambes et l'épaule gauche. Pas de points douloureux à la pression. Temp. : matin, 39°1. Pouls : 116, régulier, égal. La malade prend dans l'après-midi une potion avec 5 grammes d'antipyrine. Dans la soirée, la fièvre tombe, 36°5. Pouls : 100. Les douleurs diminuent notablement d'intensité.

26 mai. Temp. : matin, 38°1. Pouls, 108. Temp. : soir, 38°6. Pouls : 104. Urines, 850. Densité : 1012. Pour la première fois depuis trois semaines, la malade a pu dormir la nuit. Ce matin, les douleurs ont presque complètement disparu. Même état du cœur et des poumons. (Antipyrine, 4 grammes.)

27 mai. Temp. : matin, 38°2. Pouls : 96. Temp. : soir, 38°8. Pouls : 108. Urines, 700. Densité : 1012, rouges, sanguinolentes. Dépôt abondant de globules sanguins. Face toujours pâle, bouffie. La malade a vomi dans la nuit; les douleurs ont complètement disparu dans les jambes. Mais la malade se plaint d'un point vers le bord inférieur de l'aisselle gauche. Respiration nette avec quelques ronchus à gauche. Même état du cœur. La rate ne paraît pas hypertrophiée. Diarrhée depuis quelques jours. Langue blanche, humide.

28 mai. Temp. : matin, 38°8. Pouls : 100. Temp. : soir, 39°3. Pouls : 108. Urines, 200 grammes.

30 mai. Temp. : matin, 38°8. Pouls : 104. Temp. : soir, 39°7. Pouls : 132.

31 mai. Ce matin les douleurs ont reparu dans le pied droit; le coude-pied est tuméfié sans rougeur; la malade peut cependant l'étendre et le fléchir sans difficulté. Points douloureux autour de la malléole externe et de la malléole interne et au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne du gros orteil. Rien au genou ni au pied gauche. (Antipyrine, 4 grammes.)

1er juin. Temp. : matin, 38°1. Pouls : 92. Temp. : soir, 40°. Pouls : 124. La malade a pris hier sa potion d'antipyrine; sueurs peu abondantes à la suite. Les douleurs avaient disparu complètement vers minuit.

2 juin. Temp. : matin, 37°5. Pouls : 116, toujours régulier. Temp. : soir, 39°4. Pouls : 124. Depuis quelques jours, la malade a tous les

Digitized by Google

matins des vomissements bilieux. La diarrhée persiste : 6 selles dans la journée d'hier. Douleur assez vive au niveau du bord axillaire du côté gauche. Submatité à la base gauche. Respiration nette avec quelques râles secs. Souffle systolique avec piaulement à la pointe du cœur. (Potion de Rivière ; 6 pilules de tannin et d'extrait thébaïque.)

3 juin. Temp. : matin, 36°2. Pouls : 96. Temp. : soir, 38°. Pouls : 108.

4 juin. Temp. : matin, 38°4. Pouls : 112. Temp. : soir, 38°7. Pouls : 128. Facies pâle, bouffi, anxieux Rétention d'urine depuis hier soir (cathétérisme). Urines très albumineuses. La diarrhée est momentanément arrêtée. Les vomissements persistent. La malade ne se nourrit pas ; abattement et stupeur considérables. Respiration nette. Même état du cœur.

5 juin. Temp. : matin, 38°. Pouls : 108. Temp. : soir, 39°. Pouls : 124. La diarrhée a recommencé ; selles et urines involontaires. Léger œdème des membres inférieurs.

6 juin. Temp. : matin, 37°4. Pouls : 108. Temp. : soir, 38°6. Pouls : 124. Six selles diarrhéiques involontaires. État typhoïde : stupeur, prostration ; obtusion intellectuelle, ventre un peu ballonné. Pas de céphalalgie, ni de délire. L'albuminurie est toujours considérable. Respiration assez nette avec quelques râles sous-crépitants fins dans les deux bases. Souffle systolique avec bruit musical à la pointe du cœur.

7 juin. Temp. : matin, 37°2. Pouls : 108. Temp. : soir, 38°4. Pouls : 140. A 11 heures et demie du matin, la malade a été prise tout à coup d'une attaque épileptiforme limitée à la face et aux membres supérieurs, suivie après une demi-heure, d'un coma profond. A 8 heures du soir, nouvelle attaque accompagnée de déviation conjuguée des yeux et de la tête à gauche ; puis à partir de minuit, alternatives de crises épileptiformes et de coma jusqu'à 3 heures du matin où la malade succombe sans avoir repris connaissance.

Autopsie (température du jour, 31° C.). — Le péricarde contient environ 15 grammes de sérosité sanguinolente. — *Cœur :* Surcharge graisseuse notable surtout du ventricule droit. Pas de traces de péricardite ancienne ou récente ; quelques sugillations ecchymotiques à la face antérieure du ventricule droit. Dilatation du cœur en gibecière : largeur, 13 centimètres ; hauteur, 12 centimètres. Le cœur droit contient un peu de sang fluide et des caillots mous. Largeur de la cloison au bord, 75 millimètres ; épaisseur de la paroi, 1 centimètre. La couche graisseuse mesure par places jusqu'à 1 centimètre d'épaisseur. Valvules saines. Cœur gauche : largeur, 5 centimètres ; épaisseur de la paroi, 15 millimètres. La valvule mitrale ne présente ni rétrécissement ni insuffisance. La valve antérieure présente dans sa moitié gauche une

Digitized by Google

masse saillante faisant corps avec elle et mesurant en largeur 3 centimètres, en hauteur 18 millimètres, constituée par un *caillot ancien, en partie décoloré, très adhérent;* au-dessous du caillot, la valvule est rouge, inégale, mais sans ulcérations proprement dites; d'autres petits caillots semblables se trouvent entrelacés dans les cordages tendineux; la moitié droite de la même valve présente, au-dessus de l'insertion des cordages, des *végétations fibrineuses, adhérentes,* décolorées, d'aspect framboisé, mesurant en hauteur 3 à 5 millimètres, sur une étendue transversale de 23 millimètres. La valvule est épaissie à ce niveau. La valve postérieure présente également une *guirlande de végétations* situées un peu au-dessus du bord libre et recouvertes de fibrine coagulée. L'endocarde pariétal n'est pas altéré, il ne présente qu'une forte imbibition sanguine due à la décomposition commençante. Le tissu du cœur est pâle, mou, de consistance argileuse. L'aorte présente une teinte rouge générale; à 3 centimètres au-dessus des valvules, on rencontre trois petites plaques athéromateuses récentes. Les valvules semi-lunaires ne présentent pas d'altérations. — *Poumons.* Poumon droit : congestionné, mais crépitant partout. Poumon gauche : plèvre épaissie, adhérente. Congestion et œdème sans infarctus. — *Reins.* Rein droit : longueur, 12 centimètres; largeur, 6 centimètres; poids, 230 grammes. Décortication facile, surface lisse, couleur blanc rosé avec fines arborisations vasculaires. Vers le bord convexe, il existe une *série d'infarctus hémorrhagiques récents,* saillants, entourés d'une zone rouge foncé; d'une teinte blanche à la coupe. L'un d'entre eux, le plus volumineux, mesure à la surface 4 centimètres de long, sur 2c,2 de largeur et en profondeur 7 millimètres. Trois autres infarctus plus petits se trouvent au voisinage du premier. Enfin, on trouve à la face postérieure un infarctus ancien, décoloré, formant une dépression stellaire. La substance corticale du rein, blanc rosé avec fines stries vasculaires, mesure entre les pyramides une largeur de 3 centimètres, et entre la surface du rein et la base des pyramides 1 centimètre et demi. Rein gauche : longueur, 13c,5; largeur, 7 centimètres; poids, 280 grammes. Même aspect extérieur que le rein droit. Vers l'extrémité supérieure, il existe un *gros infarctus saillant,* blanc jaunâtre, mesurant 3 centimètres et demi de long sur 2 centimètres et demi de large, pénétrant dans la substance du rein à une profondeur de 3 centimètres, entouré d'une zone de congestion collatérale. Vers le bord convexe se trouvent encore deux autres infarctus plus petits dont l'un ancien, décoloré. Même état de la substance corticale. — *Rate :* longueur, 16 centimètres; largeur, 9 centimètres; poids, 250 grammes. Vers l'extrémité supérieure, il existe un gros infarctus, incomplètement décoloré, du volume d'un œuf de poule. Tissu de la rate assez friable. — *Foie :* Poids, 1,370 grammes; largeur, 23 centimètres; hauteur à droite, 19 centimètres; à gauche, 10 centimètres. A la coupe, parenchyme pâle, décoloré, avec

Digitized by Google

quelques îlots graisseux. — *Cerveau :* Œdème sous-arachnoïdien assez notable. Décortication facile. Consistance assez molle. Hémisphère droit : *sur une circonvolution de passage, allant de la partie inférieure de la circonvolution pariétale ascendante au bord antérieur du lobule pariétal inférieur, on rencontre un petit foyer de ramollissement superficiel,* ne dépassant pas la substance grise et offrant environ la dimension d'une pièce de 20 cent. Tout le reste des circonvolutions est intact. Rien dans le cervelet ni à la coupe. Artères de la base saines, ne contenant aucun caillot.

En résumé, chez notre malade, huit jours après le début d'un rhumatisme articulaire subaigu, se sont déclarés les symptômes d'une endocardite mitrale végétante et consécutivement de l'asystolie et des infarctus rénaux avec néphrite et albuminurie abondante. L'administration de la digitale détermina un certain degré de ralentissement du pouls et abaissa momentanément la densité des urines; mais celles-ci restèrent néanmoins parcimonieuses et albumineuses, la lésion des reins ne permettant pas à la diurèse de s'établir. Ce qui prouve bien d'ailleurs que c'était là le véritable obstacle, c'est que la régularité parfaite du pouls et l'absence jusque vers les derniers jours de la maladie, d'engouement pulmonaire notable excluaient l'idée d'une lésion valvulaire considérable. L'autopsie a montré en effet que les végétations mitrales ne gênaient pas sensiblement le jeu de la valvule, qu'il n'y avait en réalité ni rétrécissement ni insuffisance. Finalement, la maladie prit un caractère typhoïde : prostration, stupeur, selles involontaires, engouement pulmonaire; puis le 7 juin éclata tout à coup une série d'attaques épileptiformes qui se terminèrent par un coma mortel (urémie ultime). Les lésions de la valvule mitrale avaient été le point de départ d'embolies multiples dans les reins, la rate et le cerveau. Ici il n'existait qu'un petit foyer de ramollissement superficiel dans l'hémisphère droit entre la circonvolution pariétale ascendante et le lobule pariétal inférieur. Ce foyer a-t-il été pour quelque chose dans les accidents épileptiformes? L'existence d'une déviation conjuguée des yeux et de la tête à gauche, notée pendant les crises, nous permet de le penser. Rappelons en effet que les lésions destructives d'un hémisphère déterminent une déviation conjuguée paralytique vers l'hémisphère lésé; tandis que les lésions irritatives déterminent une déviation conjuguée convulsive du côté opposé à l'hémisphère lésé. Notre observation est conforme à cette loi et on peut admettre que

Digitized by Google

l'intoxication urémique du sang a trouvé dans la lésion cérébrale une cause adjuvante de nature à favoriser les accidents encéphaliques. Nous pouvons rapprocher ce fait de l'observation précédente. Il s'agissait là aussi d'une néphrite parenchymateuse aiguë avec urémie consécutive et foyer de ramollissement cérébral.

SUR UNE ENDÉMIE LOCALE MIXTE DE GASTRO-ENTÉRITE ET DE FIÈVRE TYPHOÏDE.

Dans le courant de mai 1885, du 3 au 21, entrèrent successivement au service, 7 jeunes filles atteintes les unes d'accidents gastro-intestinaux, les autres de fièvre typhoïde. Ces malades sortaient d'une maison de refuge pour domestiques dans laquelle s'était développée une épidémie dont nous avions quelques cas sous les yeux. Sur 60 pensionnaires, 35, au dire d'une de nos malades, auraient été atteintes, soit de catarrhe gastro-intestinal, soit de fièvre typhoïde, sans que nous ayons pu avoir de renseignements précis, les malades ayant été dispersées. Deux ont succombé dans leur famille ; quatre autres ont été traitées au service de M. Parisot, parmi lesquelles deux, affectées de simple gastro-entérite, ont guéri, et l'une succomba à des accidents typhoïdes. En réunissant tous ces cas, nous arrivons à un total de 5 morts sur une trentaine de malades atteintes. Il existait donc dans la maison en question un foyer endémique *localisé,* vu qu'à cette époque il y avait peu de fièvres typhoïdes à Nancy en général et dans le quartier en particulier.

L'infection de la maison semble avoir commencé ses effets dès le mois de février ; deux de nos malades font remonter à cette époque le début de leur diarrhée ; deux autres furent prises en mars et avril, et chez toutes la diarrhée continua avec opiniâtreté ; les trois dernières ne furent atteintes qu'en mai.

Nous allons résumer successivement nos observations :

1° Dans les deux premières, il ne s'agit que de simples *catarrhes gastro-intestinaux,* dont l'un traité à l'hôpital dès son début guérit rapidement ; tandis que l'autre, reçu dans notre service après 2 mois seulement, ne céda qu'au bout de 3 mois.

Digitized by Google

Obs. I — *Catarrhe gastro-intestinal récent. Guérison rapide.*

M... (Rose), âgée de 13 ans, habituellement bien portante, a été prise le 3 mai au soir d'une diarrhée abondante accompagnée de coliques, de vomissements et de céphalalgie, avec anorexie absolue. Elle attribue son indisposition au régime alimentaire dans lequel les légumes entrent pour une grande part.

A son entrée à l'hôpital (5 mai), on constate les symptômes d'un catarrhe gastro-intestinal (4 selles environ par jour, vomissements moins fréquents), apyrexie complète. Après quelques jours de traitement (laudanum, extrait de ratanhia), les symptômes s'amendent rapidement et la malade quitte l'hôpital le 25 mai, complètement guérie.

Obs. II. — *Catarrhe gastro-intestinal datant de 2 mois. Guérison au bout d'un mois.*

S... (Cécile), âgée de 16 ans, est entrée au service le 5 mai dernier. Domestique à la maison de *** depuis un an, elle est tombée malade au commencement de mars, c'est-à-dire il y a environ deux mois. Elle présentait alors pour tout symptôme une diarrhée peu abondante (3 selles par 24 heures) accompagnée de douleurs abdominales. Cet état persista sans s'aggraver jusque vers le 1er mai ; la malade ne se plaignait pas d'ailleurs et ne suivait aucun traitement. A ce moment, la diarrhée devint plus abondante (jusqu'à 10 selles par jour) et des vomissements se produisirent à plusieurs reprises, ce qui la décida à venir à l'hôpital.

A son entrée, on note : Constitution délicate. Apyrexie parfaite. Langue chargée d'un enduit grisâtre. Ventre indolore à la pression. Rien de spécial à l'examen des organes. 7 selles diarrhéiques depuis la veille. La malade vomit presque tout ce qu'elle prend et ne peut conserver que des boissons glacées (potion avec extrait thébaïque, 0gr,05 et extrait de ratanhia 4 grammes. Diète lactée, glace). La malade reste au service pendant tout un mois. La température, prise exactement matin et soir, ne s'est jamais élevée au-dessus de la normale. Les vomissements ont cessé à partir du 10 mai ; la diarrhée, après quelques alternatives, a disparu définitivement le 3 juin. On garde la malade en observation pendant quelques jours encore et elle sort de l'hôpital complètement guérie.

2° Dans les trois observations suivantes, il s'agit d'entérites opiniâtres, suivies de fièvres typhoïdes ; chez une de nos malades (obs. V), l'entérite s'est compliquée d'accidents cholériformes : les symptômes, notamment la diarrhée, étaient en voie d'amendement lorsque apparurent, six semaines après le début chez

Digitized by Google

l'une (obs. III), après 3 mois et demi chez la seconde (obs. IV), après 4 mois et demi chez la troisième (obs. V), les symptômes d'une fièvre typhoïde, grave et mortelle chez la première, abortive chez la seconde, bénigne chez la dernière. L'une (obs. III) était au service depuis 17 jours, l'autre (obs. V) depuis un mois, quand la fièvre apparut; l'autre (obs. IV) avait la fièvre depuis plusieurs jours quand elle entra à l'hôpital. Remarquons qu'au moment où ces malades entrèrent au service, il n'y avait pas d'autre cas de fièvre typhoïde dans la salle et que celle-ci, importée à l'hôpital, ne s'y propage qu'exceptionnellement.

Obs. III. — *Entérite catarrhale pendant 6 semaines. Fièvre typhoïde consécutive : broncho-pneumonie. Mort le 21e jour. Endocardite végétante.*

G... (Cécile), âgée de 17 ans, domestique, se plaint depuis un mois de diarrhée (5 à 6 selles par jour), accompagnée de coliques, d'inappétence, de céphalalgie et de faiblesse générale. Le 3 mai dernier, le mal de tête étant devenu plus violent, la diarrhée et les douleurs abdominales ayant encore augmenté, elle se décida à venir à l'hôpital où elle fut admise le 5 mai. Cette malade est de bonne constitution, de tempérament lymphatique. Aucun antécédent morbide sinon une céphalalgie habituelle depuis 2 ans, et une aménorrhée complète depuis 3 mois. A son entrée, on ne constate d'autre symptôme qu'une diarrhée catarrhale accompagnée de coliques, *sans fièvre*, sans vomissements, etc. On prescrit comme traitement : potion avec extrait thébaïque et extrait de ratanhia; régime lacté. Du 6 au 22 mai, l'état de la malade semble s'améliorer; les selles diarrhéiques sont moins fréquentes : au lieu de 5 à 6 selles par jour, la malade n'en présente plus qu'une ou deux, peu abondantes. Les douleurs ont disparu au bout de quelques jours Mais à *partir du 22 mai, la scène change :* la malade se plaint de céphalalgie avec vertiges; l'anorexie est absolue. Le 24 mai (3e jour), la température est fébrile, 40°8 le soir, le pouls est à 108. (Fièvre typhoïde.)

Le *25 mai* (*4e jour*). Temp. : matin, 39°; pouls : 112. Temp. : soir, 39°2; pouls : 112. Légère épistaxis hier.

26 mai (*5e jour*). Temp. : matin, 38°2; pouls : 80. Temp. : soir, 40°3; pouls : 116 Céphalalgie persistante. Deux selles diarrhéiques hier. Gargouillement et sensibilité dans la fosse iliaque droite. Anorexie. Langue blanche peu chargée. Respiration nette. Pas de taches rosées. Insomnie.

27 mai (*6e jour*). Temp. : matin, 39°6; pouls : 116. Temp. : soir, 38°8; pouls : 116. Deux selles diarrhéiques, quelques taches rosées.

Digitized by Google

28 mai (*7e jour*). Temp. : matin, 39°; pouls : 108. Temp. : soir, 40°; pouls : 120. 6 selles diarrhéiques volontaires, nausées. Respiration nette un peu rugueuse. (Lavement laudanisé.)

29 mai (*8e jour*). Temp. : matin, 38°9; pouls : 116. Temp. : soir, 40°4; pouls : 116. La malade a vomi une fois ce matin. Deux selles diarrhéiques. Langue peu chargée, humide.

30 mai (*9e jour*). Temp. : matin, 40°; pouls : 112. Temp. : soir, 39°8; pouls : 108. Même état.

1er juin (*11e jour*). Temp. : matin, 39°6; pouls : 116. Temp. : soir, 40°2; pouls : 116. 6 selles diarrhéiques depuis hier. Taches rosées nettes. Intelligence nette. Respiration rugueuse sans hypostase. (Lavement laudanisé. Thé au rhum. Eau de riz gommeuse.)

2 juin (*12e jour*). Temp. : matin, 39°3; pouls : 112. Temp. : soir, 39°6; pouls : 132. La malade se trouve mieux.

3 juin (*13e jour*). Temp. : matin, 39°4; pouls : 120. Temp. : soir, 39°6; pouls : 132. Même état.

4 juin (*14e jour*). Temp. : matin, 38°6; pouls : 128. Temp. : soir, 39°6; pouls : 142. Quatre selles diarrhéiques hier. Ventre souple indolore. Rhonchus et sibilances généralisés. (Digitale, 50 centigr.)

5 juin (*15e jour*). Temp. : matin, 38°4; pouls : 120. Temp. : soir, 39°3; pouls : 128. La malade a vomi une fois hier soir. 4 selles diarrhéiques depuis hier. (Digitale, 0,50.)

6 juin (*16e jour*). Temp. : matin, 38°4; pouls : 120. Temp. : soir, 39°6; pouls : 128. La malade a été très agitée cette nuit, elle s'est levée de son lit et s'est promenée dans la salle. (Digitale, 0,50.)

7 juin. Temp. : matin, 38°8; pouls : 76. Temp. : soir, 40°3; pouls : 104.

8 juin. Temp. : matin, 38°9; pouls : 72. Temp. : soir, 40; pouls : 120.

9 juin. Temp. : matin, 38°8; pouls : 72. Temp. : soir, 40°3; pouls : 76. Quatre selles diarrhéiques depuis hier. Langue sèche. Même état du thorax.

10 juin (*20e jour*). Temp. : matin, 38°8; pouls : 68. Temp. : soir, 40; pouls : 120.

11 juin (*21e jour*). Temp. : matin, 38°8; pouls : 68. Temp. : soir, 39°4; pouls : 72.

13 juin (*23e jour*). Temp. : matin, 39°; pouls : 68. Temp. : soir, 40°2; pouls : 92. La malade a vomi deux fois ce matin. Deux selles diarrhéiques depuis hier. Râles muqueux fins à la base gauche, subdélire. (Tisane de café.)

14 juin. Temp. : matin, 38°7; pouls : 120. Temp. : soir, 40°5; pouls : 92.

15 juin. Temp. : matin, 39°; pouls : 72. Temp. : soir, 39°6; pouls : 108. Sept selles diarrhéiques depuis hier. (Lavement laudanisé.)

Digitized by Google

16 mai. Temp. : matin, 38° ; pouls : 76. Temp. : soir, 38°6 ; pouls : 108. Quatre vomissements depuis hier. Une seule selle diarrhéique. *Pouls petit, régulier,* extrémités fraîches. *Souffle mitral systolique.* Râles sous-crépitants dans les 2 bases (Potion avec extrait de quinquina et rhum.)

17 mai (*27e jour*). Temp. : matin, 36°8 ; pouls : 100. Temp. : soir, 38°6 ; pouls : 116. La malade a eu dans la nuit une selle sanguinolente assez abondante. Ce matin elle est très abattue, le pouls est petit, filiforme. Cependant, dans la matinée, elle se remet un peu ; à midi, elle causait avec ses voisines quand tout à coup elle pousse un cri et meurt subitement sans avoir eu aucune nouvelle hémorrhagie.

Autopsie. — *Poumons :* P. gauche. Emphysème supplémentaire du sommet et du bord antérieur. Le lobe inférieur est compact, ne crépitant plus, plongeant au fond de l'eau, présente une teinte marbrée, rouge foncé par places, ailleurs blanc rougeâtre. La coupe est lisse, peu granuleuse. A ce niveau, les bronches sont un peu dilatées et contiennent du muco-pus. P. droit. Emphysème peu étendu du sommet. Les lobes supérieurs sont très congestionnés ; à la coupe, ils présentent un aspect rouge foncé et laissent écouler un liquide spumeux. Quelques noyaux d'atélectasie disséminés. Le lobe inférieur offre les mêmes lésions que le lobe correspondant du poumon gauche (broncho-pneumonie). — *Péricarde :* Contient une centaine de grammes de liquide sanguinolent. — *Cœur :* Surcharge graisseuse assez notable. Plaques laiteuses à la face antérieure. Hauteur 9 centimètres et demi, largeur 9 centimètres. Cœur droit, largeur 5 centimètres, épaisseur de la paroi 3 millimètres, contient un peu de sang fluide et quelques caillots agoniques. Cœur gauche, largeur 4 centimètres et demi, épaisseur 1 centimètre et demi, presque vide. Pas de rétrécissement, ni d'insuffisance valvulaires. La valvule mitrale présente sur sa face supérieure une couronne de végétations du volume d'une tête d'épingle, blanc rosé, récentes, s'étendant le long de son bord libre un peu au-dessus de l'insertion des cordages tendineux. Les valvules aortiques présentent une guirlande de végétations semblables, mais plus fines. Tissu du cœur, pâle, jaunâtre, mais assez ferme. — *Foie :* largeur 23 centimètres, hauteur, lobe droit 20, lobe gauche 13. Consistance assez ferme. Congestion notable. Lobulation un peu effacée. — *Rate :* hauteur 12 centimètres et demi, largeur 7 centimètres ; diffluente. — *Reins :* volume normal, décortication facile ; teinte pâle sans lésions apparentes. — *Intestin* grêle : ne contient pas de sang. Tout auprès de la valvule six petites ulcérations arrondies, folliculaires, une autre plus grande du diamètre d'une pièce de 0 fr. 20. Plus haut, sur une étendue d'un mètre et demi, il existe une vingtaine d'ulcérations variant du volume d'une lentille à celui d'une pièce d'un franc, nettes, détergées, en voie de cicatrisation. Dans le gros intestin, sur une étendue de 35 centimètres environ, on compte trois ulcé-

Digitized by Google

rations folliculaires et une plus volumineuse du volume d'une pièce d'un franc.

Ainsi, cette jeune fille se présente à l'hôpital avec une diarrhée accompagnée de coliques datant d'un mois. Après une quinzaine de jours de traitement, les coliques ont disparu, la diarrhée a à peu près cédé, quand se déclare une fièvre typhoïde avec diarrhée, taches rosées, bronchite, température oscillant autour de 40° : délire et agitation le seizième jour; broncho-pneumonie à partir du vingt-troisième jour; pouls petit, extrémités fraîches, souffle systolique mitral le vingt-sixième; hémorrhagie intestinale et mort le vingt-septième jour. L'autopsie montre les lésions dothiénentériques, une broncho-pneumonie double, et une endocardite valvulaire végétante, d'apparence récente, sur les valvules mitrale et aortiques.

Obs. IV. — *Diarrhée pendant 3 mois suivie de fièvre continue abortive. Défervescence du 7e au 10e jour.*

S... (Marie), 16 ans, habite la maison *** depuis 3 mois. Depuis ce temps elle est sujette à de la *diarrhée* (3 ou 4 selles par jour), chose qu'elle n'avait jamais éprouvée chez elle. Le 15 mai dernier, revenant de promenade, elle fut prise de douleurs vives à l'épigastre qui durèrent peu, mais qui furent remplacées par une *céphalalgie* frontale persistante, des *frissonnements,* enfin l'*appétit disparut;* la malade n'a rien pris depuis 2 jours. Pas de vertiges, ni d'épistaxis, ni d'insomnie.

État actuel, au jour d'entrée (*21 mai*) : Temp. : matin, 39°4 ; pouls : 100. Temp. : soir, 40 ; pouls : 112. Tempérament lymphatique. *Céphalalgie* fronto-occipitale. Sensibilité épigastrique. Trois selles diarrhéiques depuis hier. Respiration un peu rugueuse aux bases.

22 mai. Temp. : matin, 38°4 ; pouls : 108. Temp. : soir, 40 ; pouls : 104. La malade se trouve mieux.

23 mai. Temp. : matin, 38° ; pouls : 92. Temp. : soir, 39°9 ; pouls : 104. Bon appétit. Pas de diarrhée.

24 mai. Temp. : matin, 37°8 ; pouls : 84. Temp. : soir, 39°2 ; pouls : 92.

25 mai. Temp. : matin, 36°1 ; pouls : 76. Temp. : soir, 38°4 ; pouls : 88.

26 mai. Temp. : matin, 36°8 ; pouls : 72. Temp. : soir, 35 ; pouls : 76.

27 mai. Temp. : matin, 36°2 ; pouls : 68. Temp. : soir, 37° ; pouls : 76.

Sortie le 14 juin.

Digitized by Google

En résumé, une jeune fille entrée à la maison de ***, subit l'influence endémique qui y règne et prend la diarrhée. Au bout de 3 mois environ, se déclarent de plus les symptômes d'une fièvre typhoïde qui revêt la forme abortive. Le septième ou huitième jour, la défervescence commence; l'appétit est revenu le neuvième jour; la température est normale le matin du onzième jour, et à partir du douzième jour, elle reste normale matin et soir.

Obs. V. — *Diarrhée suivie d'accidents cholériformes graves. Convalescence après un mois de traitement interrompue par une fièvre typhoïde qui se termine en 19 jours.*

S... (Marie), 14 ans, a la *diarrhée* depuis 3 mois; elle a pu cependant continuer à travailler jusqu'au 2 mai, veille de son entrée à l'hôpital. A ce moment, la diarrhée a redoublé (10 selles dans les 24 heures), en même temps *vomissements, crampes* dans les bras et les mollets, *amaigrissement rapide*. Aucun antécédent morbide, constitution délicate, aménorrhée.

État actuel (3 mai) : Nausées fréquentes; la malade vomit tout ce qu'elle prend. Huit selles diarrhéiques depuis la veille. Crampes. Face et extrémités cyanosées. Temp. : matin, 36°; pouls : 112. Temp.: soir, 36°6; pouls : 100. (Lavement laudanisé, cataplasmes. Eau de riz gommeuse, glace.)

4 mai. Temp. : matin, 36°4; pouls : 112. Temp. : soir, 36°8 : pouls : 108, très petit. Les vomissements ont cessé. Huit selles diarrhéiques depuis hier. Crampes persistent.

5 mai. Temp. : matin, 35°8; pouls : 96. Temp. : soir, 35°4; pouls : 104. Quatorze selles depuis hier matin. Algidité plus prononcée, pouls filiforme. Crampes dans les membres inférieurs. Douleur à la pression à la partie externe de la cuisse droite. (Potion avec sous-nitrate de bismuth 3 grammes, extrait de ratanhia 4 grammes. Lavement laudanisé.)

6 mai. Temp. : matin, 35°3; pouls : 96. Temp. : soir, 36°4; pouls : 100. Neuf selles grumeleuses depuis hier. Encore quelques nausées. Pouls plus ample, cyanose des extrémités.

7 mai. Temp. : matin, 35°8; pouls : 96. Temp. : soir, 36°8; pouls : 84. État général meilleur. Deux selles seulement depuis hier. Extrémités chaudes. (Potion avec sous-nitrate de bismuth 4 grammes, laudanum 15 gouttes.)

8 mai au 2 juin. L'état de la malade va en s'améliorant, la diarrhée diminue, mais sans cesser complètement. La température se relève sans dépasser l'état normal, mais la malade est encore un peu languissante et faible, l'appétit nul.

Digitized by Google

Le 2 juin au soir, la scène change : la malade se plaint de *céphalalgie*, la *température est fébrile* (40°2), le pouls est à 120. Ventre un peu bouffi, indolore. Respiration nette.

3 juin. Temp. : matin, 39°7 ; pouls : 112. Temp. : soir, 40°5 ; pouls : 120. Six selles diarrhéiques depuis hier.

4 juin. Temp. : matin, 39°2 ; pouls : 100. Temp. : soir, 40°8 ; pouls : 112.

5 juin. Temp. : matin, 39°1 ; pouls : 100. Temp. : soir, 40°3 ; pouls : 118. Anorexie, langue blanche au milieu. Quatre selles diarrhéiques hier. Ventre un peu ballonné. Respiration normale.

6 juin. Temp. : matin, 37°1 ; pouls : 100. Temp. : soir, 39°5 ; pouls : 108. Taches rosées nettes. Langue blanche chargée. Ventre souple non sensible. Cinq selles diarrhéiques depuis hier.

7 juin. Temp. : matin, 38°8 ; pouls : 108. Temp. : soir, 39°8 ; pouls : 108. Trois selles diarrhéiques. Langue plus humide Respiration nette.

9 juin. Temp. : matin, 39°2 ; pouls : 104. Temp. : soir, 39°3 ; pouls : 108. Pas de selles depuis hier matin. Une vingtaine de taches rosées sur le tronc de l'abdomen.

10 juin. Temp. : matin, 37° ; pouls : 92. Temp. : soir, 39° ; pouls : 104. Trois selles diarrhéiques.

11 juin. Temp. : matin, 37°2 ; pouls : 88. Temp. : soir, 39°3 ; pouls : 104. Quatre selles diarrhéiques. Langue un peu chargée.

12 juin. Temp. : matin, 38°6 ; pouls : 112. Temp. : soir, 39° ; pouls : 108. Trois selles diarrhéiques depuis hier.

13 juin. Temp. : matin. 37°8 ; pouls : 96. Temp. : soir, 39°2 ; pouls : 116. Quatre selles diarrhéiques.

14 juin. Temp. : matin, 37°2 ; pouls : 104. Temp. : soir, 38° ; pouls : 116. Vomissements bilieux. Deux selles diarrhéiques.

15 juin. Temp. : matin, 37°2 ; pouls : 104. Temp. : soir, 38°8 ; pouls : 112. Deux selles depuis hier.

16 juin. Temp. : matin, 37° ; pouls : 100. Temp. : soir, 38°3 ; pouls : 116.

18 juin. Temp. : matin, 36°6 ; pouls : 80. Temp. : soir, 37°2 ; pouls : 88.

A partir du 18 juin, la défervescence est définitive, les symptômes de la convalescence se montrent franchement, l'appétit renaît. Cependant la malade a encore par instants un peu de diarrhée qui cède définitivement le 22 juin. Depuis cette époque, la malade reprend rapidement ses forces et elle quitte le service le 15 juillet sans avoir présenté de nouveaux accidents.

Notre malade a donc présenté deux maladies consécutives dont le germe a été puisé à la même source. Entrée au service avec une diarrhée de 3 mois ayant revêtu depuis la veille l'aspect du

Digitized by Google

choléra nostras, elle se remit lentement de cet état grave et elle était à peu près convalescente au bout d'un mois, quand se déclarèrent les symptômes d'une fièvre typhoïde bien accentuée. La défervescence commença d'assez bonne heure vers le douzième jour, mais resta traînante et ne fut définitive que le dix-neuvième jour. Après quelques jours, la diarrhée cessa définitivement et la convalescence fut assez rapide.

3° Reste la troisième série, qui comprend deux cas de fièvre typhoïde d'emblée, dont l'une abortive fut suivie d'une diarrhée qui ne céda qu'au bout de six semaines, et dont l'autre adynamique se compliqua de broncho-pneumonie gangréneuse mortelle. Ces cas remontent aux 4 et 12 mai.

Obs. VI. — *Fièvre continue abortive ; défervescence du 10e au 15e jour. Diarrhée consécutive pendant six semaines.*

B... (Delphine), 20 ans, habitant la maison *** et domestique à la crèche Saint-Nicolas, est entrée à l'hôpital le 14 mai 1885. L'affection aurait débuté il y a 10 jours par de la *céphalalgie* frontale, de l'*insomnie*, des *vertiges*, de la *fièvre*, de l'*inappétence*. Elle continua cependant à travailler jusqu'au 12 mai, c'est-à-dire deux jours avant son entrée au service. Auparavant, le 10 mai, elle avait eu une *épistaxis* assez abondante. Aucun antécédent morbide sauf un ictère catarrhal en 1884.

État actuel (*15 mai*) : Température du 14 au soir, 39°3; pouls : 104. Le *15 mai*. Temp. : matin, 37°5 ; pouls : 88. Temp. : soir, 38°5 ; pouls : 80. Constitution bonne, tempérament lymphatique. Ventre souple, pas de gargouillement dans la fosse iliaque, pas de taches rosées, langue un peu chargée. Respiration nette.

16 mai. Temp. : matin, 37°6 ; pouls : 80. Temp. : soir, 38°8 ; pouls : 80. Langue encore un peu chargée. Deux selles semi-liquides depuis hier.

17 mai. Temp. : matin, 37°1 ; pouls : 88. Temp. : soir, 38° ; pouls : 92. Deux selles liquides depuis hier. L'appétit reparaît.

18 mai. Temp. : matin, 37°3 ; pouls ; 100. Temp. : soir, 38°4 ; pouls : 96.

19 mai. Temp. : matin, 37° ; pouls : 84. Temp. : soir, 38°2 : pouls : 92. Encore deux selles diarrhéiques.

20 mai. Temp. : matin, 37°5 ; pouls : 80. Temp. : soir, 37°6 ; pouls : 72.

21 mai. Temp. : matin, 37° ; pouls : 72. Temp. : soir, 37°8 ; pouls : 88. La malade continue à bien aller, elle demande à manger. Encore quelques selles liquides.

Digitized by Google

La fièvre typhoïde peut être considérée comme définitivement terminée; depuis la défervescence, la malade a bon appétit, l'apyrexie se maintient parfaite, mais la diarrhée persiste avec quelques alternatives. (Régime lacté. Eau de chaux. Pilules de tannin et d'extrait thébaïque.) Enfin le 10 juillet l'affection est complètement guérie et la malade quitte l'hôpital.

Il s'agit ici d'une fièvre continue abortive contractée dans la maison de *** ; l'affection était assez bénigne pour que la malade pût continuer à travailler pendant 8 jours. La défervescence avait commencé le dixième jour, à l'entrée de la malade au service. Le douzième jour, la température était normale le matin ; le quinzième jour, elle était normale matin et soir.

Mais une diarrhée opiniâtre persista pendant la convalescence et ne put être définitivement arrêtée qu'au bout de six semaines.

Obs. VII. — *Fièvre typhoïde adynamique ; mort le 24e jour. Lésions intestinales minimes. Broncho-pneumonie lobulaire gangréneuse.*

P... (Camille), 14 ans, est à la maison *** depuis 2 ans et a toujours joui d'une bonne santé. L'affection actuelle aurait commencé il y a 10 jours, c'est-à-dire le 12 mai, par un frisson suivi de chaleur, puis survinrent de la céphalalgie, des douleurs dans le pharynx et dans les oreilles, de la fièvre. Elle put cependant continuer à travailler jusqu'au 14, où elle dut s'aliter. Le 19 mai, épistaxis, vertiges, insomnie, diarrhée. — Toux sèche depuis le début.

État actuel : 21 mai, 10e jour. Temp. : 39°4 ; pouls : 140. Temp. : soir, 39°8 ; pouls : 132. Tempérament lymphatique. Langue blanche au milieu, rouge sur les bords et à la pointe. Ventre bouffi, un peu sensible. Expiration un peu soufflée dans la fosse sus-épineuse gauche, respiration rugueuse dans la fosse sous-épineuse.

22 mai, 11e jour. Temp. : matin, 38°6 ; pouls : 120. Temp. : soir, 39°5 ; pouls : 140. Six selles diarrhéiques hier. Urines involontaires. La malade a vomi trois fois depuis la veille. Rhonchus et sibilances disséminés, pas d'hypostase. (Lavement laudanisé.)

23 mai, 12e jour. Temp. : matin, 39° ; pouls : 128. Temp. : soir, 39°9 ; pouls : 144. La malade a encore vomi deux fois hier. — Sept selles diarrhéiques. Langue peu chargée, humide. Pas de céphalalgie. Expiration un peu soufflée au sommet gauche.

24 mai, 13e jour. Temp. : matin, 38°6 ; pouls : 128. Temp. : soir, 40°4 ; pouls : 132. La diarrhée et les vomissements persistent. Face vultueuse, subdélire, prostration.

25 mai, 14e jour. Temp. : matin, 37°5 ; pouls : 120. Temp. : soir, 38°4 ; pouls : 136. Même état.

Digitized by Google

26 mai, 15e jour. Temp. : matin, 37° ; pouls : 128. Temp. : soir, 39°4 ; pouls : 136. Les vomissements ont cessé. Une seule selle hier. Langue sèche. L'enfant est inerte, répond aux questions en gémissant. Quelques râles sous-crépitants à la base gauche.

27 mai, 16e jour. Temp. : matin, 39°3 ; pouls : 152. Temp. : soir, 38°4 ; pouls : 132. Pouls petit, dépressible. Langue sèche. Urines toujours involontaires. Deux selles diarrhéiques depuis hier. (Potion avec liqueur d'Hoffmann, 1 gramme, et caféine, 0,50.)

28 mai, 17e jour. Temp. : matin, 38°6 ; pouls : 136. Temp. : soir, 39°8 ; pouls : 136. Pouls faible, extrémités violacées. — Deux selles diarrhéiques. Quelques râles sous-crépitants à la base gauche.

29 mai, 18e jour. Temp. : matin, 38°5 ; pouls : 172. Temp. : soir, 39°4 ; pouls : 156 ; resp. : 32. Langue sèche, urines et selles involontaires. Difficulté dans la déglutition. Expiration soufflée dans la région interscapulaire gauche. Sonorité et respiration nette dans les bases. Rougeur avec excoriation superficielle aux fesses. Rougeur à la région hypogastrique produite par l'application d'un cataplasme trop chaud.

30 mai, 19e jour. Temp. : matin, 37°5 ; pouls : 136. Temp. : soir, 38°4 ; pouls : 148, très petit. Même état. Langue sèche couverte de mucosités visqueuses.

1er juin, 21e jour. Temp. : matin, 37°4 ; pouls : 116. Temp. : soir, 38°8 ; pouls : 152. Urines involontaires. Pas de diarrhée. Prostration profonde. La rougeur de la partie inférieure de l'abdomen s'est étendue et transformée en une vaste eschare de la largeur de la main occupant l'hypogastre et la partie supérieure de la cuisse gauche. Respiration nette.

2 juin, 22e jour. Temp. : matin, 37°8 ; pouls : 140. Temp. : soir, 38°6 ; pouls : 148 L'eschare se creuse et s'étend. Petite ecchymose sur le haut de la cuisse droite.

3 juin, 23e jour. Temp. : matin, 38°8 ; pouls : 168. Temp. : soir, 39°8 ; pouls très petit, incomptable.

4 juin, 24e jour. Temp. : matin, 38°5, pouls incomptable. Respiration anxieuse. Rien de nouveau dans les poumons. Gémissements incessants, stupeur profonde. Mort dans l'après-midi.

Autopsie. — *Thorax :* la plèvre gauche contient environ 100 grammes de liquide purulent dans lequel flottent des flocons fibrineux. La face postérieure du poumon gauche est tapissée d'exsudat semblable. Adhérence ancienne au niveau de la scissure interlobaire. Poumon gauche : il existe vers le milieu de la face externe du poumon une ulcération gangréneuse, irrégulière, fétide, noirâtre, du volume d'une grosse noisette. Un peu plus haut, on rencontre un foyer de même aspect. Au-dessus on trouve un noyau de broncho-pneumonie cunéiforme mesurant à sa base 3 centimètres et demi de diamètre et 3 centimètres de profondeur. Nulle part il n'existe de tubercules. Poumon droit : congestion

Digitized by Google

des lobes inférieurs, emphysème supplémentaire du sommet et de la languette antérieure. — *Cœur :* de haut en bas et transversalement 8 centimètres, pas de lésions valvulaires, tissu assez ferme. — *Foie :* coloration rose pâle. Consistance pâteuse, volume normal. — *Rate :* hauteur 13 centimètres, largeur 8 centimètres, un peu molle. — *Reins :* pas d'altérations apparentes. — *Intestin :* il existe une ulcération nette, à 40 centimètres au-dessus de la valvule. Cette ulcération est superficielle, arrondie, mesurant 3 millimètres seulement de diamètre. Les plaques de Peyer sont très apparentes mais non tuméfiées. Cependant à $1^{m},05$ de la valvule, il existe une plaque de 4 centimètres de long, assez saillante, dont l'extrémité inférieure présente une ulcération circulaire de 2 centimètres de diamètre. Les ganglions mésentériques ne sont pas notablement tuméfiés.

L'eschare de l'abdomen et de la cuisse gauche est très superficielle, il n'existe aucune infiltration inflammatoire sous-jacente.

Cette enfant est donc entrée au service le dixième jour d'une fièvre continue très caractérisée (céphalalgie, épistaxis, vertiges, diarrhée, fièvre). La maladie prend de bonne heure un caractère adynamique grave : subdélire, prostration, selles et urines involontaires, accélération paralytique du pouls, broncho-pneumonie lobulaire, eschare abdominale consécutive à un cataplasme un peu chaud, et la mort arrive le vingt-quatrième jour.

A l'autopsie, la dothiénentérie est réduite à un minimum; deux petites ulcérations à peine constituent la signature intestinale de la maladie. Le poumon gauche contient deux foyers de broncho-pneumonie gangréneuse, dont un, du volume d'une noisette, a déterminé une légère pleurite suppurée.

Il s'agit donc d'une gangrène d'origine typhoïde; cette tendance gangréneuse s'est manifestée encore par l'eschare qui a succédé à une brûlure au premier degré.

C'est le quatrième cas de gangrène constatée cette année au service dans le cours d'une fièvre typhoïde. Nous avons observé une ulcération gangréneuse du diaphragme (V. *Revue médicale,* p. 212), un noma chez un enfant, et une gangrène du pied avec oblitération de l'artère poplitée.

En résumé, des personnes vivant ensemble dans le même foyer d'infection prennent les unes, un simple catarrhe gastro-intestinal, avec ou sans accidents cholériformes; d'autres une fièvre typhoïde d'emblée. Chez d'autres enfin la fièvre typhoïde vient se greffer au bout de quelques semaines sur une entérite préexistante. Les

Digitized by Google

symptômes d'entérite apparaissent chez quelques-unes dès le mois de février ; la fièvre typhoïde ne semble s'être montrée qu'au mois de mai.

Il s'agit donc d'une endémie à *caractère mixte de gastro-entérite et de fièvre typhoïde.* — 1° Quelle est la cause locale génératrice ? Dans la maison en question, l'eau potable est fournie par un puits situé au milieu de la cour et puisée à une pompe qui se trouve dans une seconde cour, à 8 mètres environ de distance ; mais cette pompe est très rapprochée (3 mètres) des fosses d'aisances. Bien que cette eau paraisse claire et sans goût désagréable, son analyse chimique, faite par M. Garnier au laboratoire des cliniques de la Faculté, a révélé la présence de matières organiques, d'azotites, provenant de l'urée, en quantité assez notable, et ne laissant pas de doute sur l'existence d'*infiltrations provenant de la fosse.* Nous n'avons d'ailleurs pu savoir, s'il y avait eu un premier cas de fièvre typhoïde importé dans la maison.

2° Si nous admettons cette étiologie, il faut admettre aussi que l'*eau du puits souillé contenait des germes morbides divers,* dont les uns ont déterminé une simple entérite infectieuse, et les autres une dothiénentérie; l'invasion successive de ces deux maladies chez trois de nos malades, la seconde apparaissant au moment où la première était presque terminée, indique qu'il s'agissait là en réalité de *deux maladies ne dérivant pas l'une de l'autre,* mais dues à des principes morbides différents, bien que puisés à la même source.

3° Il semble aussi, d'après deux de nos observations, que l'*incubation de la fièvre typhoïde peut être assez longue ;* les malades, en effet, étaient au service, l'une depuis 17 jours, l'autre depuis un mois, avant l'invasion de la fièvre initiale ; elles étaient donc, depuis ce temps-là, soustraites à l'influence du foyer dans lequel selon toute probabilité elles avaient contracté le germe qui continua son incubation pendant leur séjour à l'hôpital. Serait-ce la diarrhée concomitante qui retarderait la période d'invasion ?

4° Signalons enfin un fait pratique très important et qui découle nettement de ces quelques observations. C'est que la *diarrhée n'empêche pas l'absorption et l'évolution du germe typhique, pas plus qu'elle ne fait avorter la fièvre typhoïde à son début : la diarrhée n'élimine pas le poison typhique.* Trois de nos malades avaient de la diarrhée permanente depuis plusieurs semaines, sans que cette diarrhée ait empêché le développement consécutif de la dothiénentérie.

Digitized by Google

N'y a-t-il pas lieu de conclure, au point de vue thérapeutique, ce que l'observation clinique nous a d'ailleurs appris, que la *médication abortive de la fièvre typhoïde par les purgatifs n'est qu'une illusion.* Les purgatifs, utiles pour évacuer l'intestin, quand il y a rétention de matières fécales, sont inutiles quand il n'y a pas de constipation ; nous avons vu souvent la fièvre typhoïde évoluer longtemps et même évoluer complètement tout en restant bénigne, sans diarrhée ; nous avons vu les purgatifs administrés dès le début être suivis d'une diarrhée persistante et dont nous pensons que la maladie eût pu se passer ; car la diarrhée, c'est-à-dire le catarrhe intestinal, n'est ni utile, ni nécessaire à l'évolution de la dothiénentérie.

SUR DEUX CAS D'INSOLATION, L'UN A FORME TÉTANIQUE BÉNIGNE, L'AUTRE A FORME HÉMORRHAGIQUE GRAVE.

Les accidents consécutifs à l'insolation ont été l'objet, dans ces dernières années, de recherches cliniques et expérimentales importantes ; outre les mémoires déjà anciens de Vallin et d'Obernier, citons parmi les plus récents ceux de Lacassagne [1], de Jacubasch [2], de Meyer [3], auxquels il faut ajouter un grand nombre d'observations éparses dans les journaux anglais, américains et allemands. Nous avons eu occasion d'observer dans le cours de l'été dernier, deux faits de ce genre ; nous allons les relater succinctement :

Obs. I. — *Insolation. Crises tétaniformes. Guérison rapide.*

Le nommé P... (Pierre), âgé de 43 ans, manœuvre, est entré au service le 5 août 1885. La veille, dans la matinée, le malade était occupé à décharger un bateau de bois, la tête nue au soleil, quand tout à coup, vers 11 heures, il éprouva une céphalalgie frontale violente accompagnée de vomissements, de vertiges, de bourdonnements d'oreilles, surtout du côté gauche avec surdité légère du même côté. Il rentra chez lui pour prendre son repas, mais il ne put manger et à une heure

1. *De l'Insolation et des coups de soleil.* (*Union méd.*, 1878.)
2. *Sonnenstich und Hitzschlag*, Berlin, 1879, et *Berl. med. Zeitschrift*, 1879, p. 145.
3. *Schmid's Yahrbücher*, 1881, n° 7.

Digitized by Google

de l'après-midi il retourna à son travail. A partir de ce moment, il se plaignit d'oppression et il fut pris de contractures en extension des deux bras avec pronation forcée des mains, de crampes et de raideur dans les membres inférieurs. Ces contractures se produisaient par accès durant en moyenne 10 minutes et se suivant à de courts intervalles à tel point qu'il en eut jusqu'à 50 dans l'après-midi; en même temps, le malade ressentait une soif tellement vive qu'il but, dit-on, plusieurs seaux d'eau pendant la journée. A 5 heures du soir, il fut obligé de retourner chez lui; le docteur Ganzinotty, appelé aussitôt, le trouva très agité, anxieux, le regard brillant, le pouls à 84, sans fièvre. La peau du crâne présentait une teinte érysipélateuse, la parole n'était pas embarrassée, la pupille droite était un peu plus dilatée que la gauche. Pendant les crises convulsives, les membres se raidissaient subitement, la nuque était incurvée en arrière, mais il n'y avait ni trismus ni rire sardonique. Ces accès s'accompagnaient de douleurs très vives, le malade fermait les yeux et gardait le silence pendant toute la durée du paroxysme. On appliqua 12 sangsues à la nuque et des compresses froides furent maintenues en permanence sur la tête. Dans la nuit qui suivit, le malade n'eut que 3 accès et un seul le lendemain avant son entrée à l'hôpital; les vomissements avaient cessé et le malade n'éprouvait plus que quelques nausées.

Antécédents héréditaires : mère morte d'une attaque, père inconnu.

Antécédents personnels : habitudes alcooliques depuis 6 ans. Caractère violent, surtout en état d'ivresse. Céphalalgie intermittente depuis l'hiver dernier.

État actuel (*5 août*). Apyrexie. Pouls : 88, régulier, égal. Douleur vive dans les régions frontale et sincipitale. Érythème sur le sommet de la tête et à l'occiput. La démarche est assurée. Vertiges passagers. Audition normale des deux côtés. Langue un peu chargée. Constipation. (Vessie de glace. Lavement purgatif.)

6 août. Céphalalgie persistante pendant toute la journée d'hier. Le malade a bien dormi la nuit et n'a pas vomi. Hier soir, vers 4 heures, crise tétanique avec contracture des mains, face cyanosée; le malade ne s'en souvient pas aujourd'hui. Ce matin, température normale; pouls : 60, régulier. Intelligence nette. Une seule selle à la suite du lavement (2 pilules écossaises).

7 août. Deux selles diarrhéiques hier; le malade n'a plus eu de crises, mais la céphalalgie persiste et le malade dit qu'il a la tête comme dans un étau. Ce matin, même état; pouls : 60. Quelques nausées. Bourdonnements dans l'oreille gauche. (Sulfate de soude 30 gr.)

8 août. 5 selles liquides à la suite du purgatif. La céphalalgie a presque disparu complètement. Le malade a bon appétit et mange très bien. Pouls : 56, régulier, égal.

Le malade sort de l'hôpital le 9 août, complètement guéri.

Digitized by Google

Le fait saillant de cette observation, en dehors des symptômes habituels du coup de soleil (céphalalgie, vertiges, vomissements, érythème cutané), consiste dans l'existence chez notre malade de *crises tétaniques,* occupant les quatre membres et la nuque. Cette variété, qu'on peut appeler tétaniforme, de l'insolation, paraît assez rare; nous n'en avons pas rencontré d'exemple absolument analogue dans les quelques recherches que nous avons faites. Des crises épileptiformes sont signalées plus souvent (Meyer, Clausland [1]). Marholtz [2] a relaté l'observation d'un malade qui présentait des accès d'hydrophobie : chaque fois que le patient approchait un verre de ses lèvres, il était pris d'un véritable accès de ce genre avec spasme pharyngien, trismus, opisthotonos. Van Swieten, au dire de Leroux [3], aurait fait explicitement mention de cette forme clinique de l'insolation.

Obs. II. — *Insolation. Vaste foyer hémorrhagique dans le lobe frontal droit. Infarctus pulmonaire.*

Simonaire (Eugénie), cigarière, âgée de 21 ans, est tombée malade le 11 juin 1885. Ce jour-là, elle se trouvait, par un soleil ardent, sur la place Stanislas pour assister au départ d'un ballon lorsqu'elle fut prise tout à coup de céphalalgie frontale et occipitale très violente accompagnée de vomissements. Elle rentra aussitôt chez elle et ne cessa de vomir toute la nuit. Les jours suivants, le mal de tête continua, la malade vomit toute la journée du 12 et une seule fois le 13 ; elle vint cependant à pied à la consultation de l'hôpital où elle entra le même jour. Cette femme, de constitution assez forte, était d'une bonne santé habituelle ; cependant parmi ses antécédents nous notons une bronchite survenue en 1883 et qui dura 3 mois, et en 1885 une conjonctivite granuleuse pour laquelle elle fut traitée à la clinique ophthalmologique.

État actuel (*14 juin*). Temp. : matin, 37°8 ; pouls : 72, assez ample, un peu irrégulier. Temp. : soir, 37°3 ; pouls : 41. Céphalalgie fronto-occipitale violente. Constipation. Pupilles égales, pas de strabisme, vision très nette. Pas de paralysies ni de contractures. Rien à noter du côté du cœur et des poumons. Pas d'albumine dans les urines. (Vésicatoire à la nuque, vessie de glace sur la tête. Sirop de chloral pour la nuit.)

15 juin. Temp : matin, 36°8 ; pouls : 48, régulier, égal, assez ample.

1. *Brit. med. Journal,* 23 juillet 1881.
2. *Deut. milit. Zeitschrift,* 1879, p. 617.
3. *Union médicale,* 1882.

Digitized by Google

La malade a un peu dormi cette nuit et n'a pas vomi ; la douleur paraît moindre. La constipation persiste. Temp.: soir, 36°6 ; pouls : 60. (Lavement purgatif.)

16 juin. Temp. : matin, 36° ; pouls : 56 ; Temp. : soir, 36°4 ; pouls : 48. La malade ne cesse de gémir ; la céphalalgie a presque disparu, mais la malade ressent une douleur très vive dans la région interscapulaire droite. Pupilles égales, réagissant normalement, pas de strabisme ; intelligence nette, face anxieuse. La constipation persiste. (2 pilules de podophylle. Injection de morphine au niveau du point douloureux.)

17 juin. Temp. : matin, 36°4 ; pouls : 52. Temp. : soir, 37°1 ; pouls : 52, régulier, égal. La malade a été assez calme hier dans la journée, elle n'a pas vomi et a eu une selle peu abondante ; le soir, elle a été plus agitée et a voulu se lever. Ce matin, la douleur dorsale a reparu ; la face exprime l'angoisse, la malade se plaint beaucoup. Raie méningitique très nette. Même état qu'hier. (Même prescription.)

18 juin. Temp. : matin, 36°5 ; pouls : 52. La douleur s'est apaisée à la suite de l'injection de morphine ; la malade a été plus calme. Ce matin, la douleur interscapulaire est redevenue vive, la malade se plaint beaucoup. Mêmes symptômes. Après la visite, la malade s'est endormie pendant toute la journée ; le soir, la température s'élève à 38°2 ; le pouls continue à rester ralenti à 60 pulsations et la malade succombe à 1 heure du matin sans convulsions et sans avoir présenté aucun autre symptôme.

Autopsie (faite 34 heures après la mort. Temps orageux. Temp. : 25°).

Cerveau : Congestion intense des méninges sans exsudat inflammatoire. Le cerveau reposant sur sa face convexe, on constate dans l'hémisphère droit, ***au niveau du lobule orbitaire, une saillie fluctuante, ramollie, de couleur jaune-soufre,*** présentant quatre petits orifices probablement produits artificiellement et baignés d'un sang noir. Grâce à la présence de cette tumeur, le lobe frontal droit est augmenté de volume ; le cerveau est asymétrique ; l'hémisphère droit dépasse en longueur l'hémisphère gauche de près de 2 centimètres et le lobe frontal droit mesure transversalement un centimètre de plus que le gauche. La tumeur occupe exactement la partie antérieure et externe du lobule orbitaire ; elle est séparée de la scissure interhémisphérique par un intervalle de 23 millimètres, en arrière elle est distante de la scissure de Sylvius de 12 millimètres à sa partie interne, tandis que sa limite externe l'affleure exactement.

En retournant le cerveau sur sa base, on voit que la partie ramollie occupe la ***partie antéro-externe du lobe frontal sur une étendue de 4 centimètres en longueur et de 6 centimètres en largeur.*** Le 1/3 postérieur des 3 circonvolutions frontales horizontales, la 1re circonvolution frontale tout entière et le lobule de l'insula sont respectés. En

Digitized by Google

incisant le foyer, on constate l'existence d'une cavité anfractueuse à parois inégales, flottantes, ramollies, de couleur jaune-soufre et mesurant, étalée, 10 centimètres de long sur 5 de large. Cette cavité renferme un *caillot ferme, noir, sphérique du volume d'un œuf, du poids de 40 grammes*, mesurant environ 4 centimètres de diamètre, à surface lisse et constitué tout entier par un tissu homogène, consistant. Sur des coupes méthodiques de l'hémisphère droit, on constate que le foyer confine à l'extrémité antérieure du noyau intraventriculaire, mais sans l'intéresser. L'hémisphère gauche ne présente aucune lésion à sa surface. A la coupe, on constate, dans la partie antérieure de la substance blanche, un *caillot pisiforme*, entouré d'une zone ramollie jaunâtre, situé exactement à 6 centimètres en arrière de l'extrémité antérieure du lobe frontal et à 4 centimètres de la convexité du même lobe.

Intestin grêle : *Psorentérie très marquée*, surtout dans les parties supérieures. Quelques plaques de Peyer congestionnées. Aucune ulcération. Quelques arborisations vasculaires par places. *Ganglions mésentériques engorgés.*

Rate : hauteur 15 centimètres, largeur 9 centimètres. *Foie :* largeur 25 centimètres, hauteur, lobe droit 19. Congestion veineuse assez marquée. Par places, dilatation des voies biliaires. Pas de calculs dans les voies biliaires.

Poumons : Ecchymoses sous-pleurales. P. gauche : au sommet petite excavation du volume d'une noisette contenant une substance jaunâtre ressemblant à du mastic et entourée d'une zone indurée sur une étendue de 4 centimètres. Parenchyme pulmonaire très congestionné mais partout crépitant. Pas de tubercules. P. droit : plèvre épaissie au sommet ; à ce niveau, plusieurs petits nodules caséeux semblables à celui du poumon gauche. Pas de tubercules récents. A l'extrémité du bord antérieur du lobe supérieur, *il existe un infarctus cunéiforme du volume d'une noisette.* Le lobe inférieur crépite partout; il est le siège d'une congestion considérable et présente vers son sommet sur sa face latérale droite un *gros infarctus* saillant, décoloré en partie et mesurant 3 centimètres de diamètre à sa base et 2 centimètres de profondeur.

Cœur : Pas d'épanchement péricardique. Poids 210 grammes. Largeur 9 centimètres et demi, hauteur 9 centimètres. Le cœur droit contient un peu de sang fluide; il mesure, de la cloison au bord droit, 5 centimètres. L'épaisseur de la paroi est de 4 millimètres. Le cœur gauche mesure 4 centimètres de large. L'épaisseur de la paroi est de 1 centimètre et demi. Pas de lésions valvulaires ; imbibition sanguine de l'endocarde. Aorte saine.

Reins : Volume normal, décortication facile, *congestion des plus intenses* généralisée à la substance corticale et à la substance médullaire.

Digitized by Google

En résumé, à la suite d'une insolation, céphalalgie frontale et occipitale avec vomissements qui durent deux jours ; ralentissement du pouls constaté depuis le quatrième jour jusqu'à la mort ; constipation, douleur dorsale interscapulaire ; la céphalalgie disparaît le septième jour à la suite d'une injection de morphine. L'intelligence est nette ; on ne constate qu'une agitation anxieuse. Le huitième jour, légère fièvre le soir ; mort rapide dans la nuit sans symptômes précurseurs apparents. A l'autopsie, *vaste foyer hémorrhagique du volume d'un œuf dans la partie antérieure du lobe frontal droit ;* petit foyer pisiforme dans la substance blanche du lobe frontal gauche, psorentérie remarquable avec gonflement des ganglions mésentériques, infarctus pulmonaire, congestion intense des reins.

Cette observation donne lieu aux remarques suivantes :

1° L'exposition à un soleil ardent peut déterminer une hémorrhagie cérébrale considérable. Les auteurs qui ont écrit sur l'insolation, tels que Vallin[1], Obernier[2], Meyer[3], etc., n'indiquent guère que la congestion des méninges et quelques légères suffusions sanguines comme lésions trouvées aux autopsies. Cependant, dans le fait de Mahrholz, auquel nous avons fait allusion plus haut, on trouva une congestion intense des méninges et des sinus avec *extravasation sanguine à la surface des hémisphères,* surtout à droite, et un pointillé développé de la substance cérébrale. Il s'agissait donc ici en réalité d'une hémorrhagie méningée qui mérite d'être rapprochée du vaste foyer cérébral constaté chez notre malade. Quoi qu'il en soit, il n'y avait ici aucune prédisposition antérieure aux hémorrhagies, les artères du cerveau étaient exemptes de toute lésion apparente.

2° Le mécanisme des lésions congestives de l'insolation en général et de ces hémorrhagies en particulier est d'une interprétation difficile. S'agit-il, comme les auteurs le pensent, d'une altération cardiaque primitive soit purement fonctionnelle, par paralysie essentielle, soit organique par suite de la coagulation de la myosine sous l'influence de l'exagération de la chaleur centrale (Obernier, Meyer). Faut-il admettre parallèlement, comme le veulent quelques-uns, une altération du sang encore mal défi-

1. *Arch de méd*, 1870.
2. Bonn, 1867. Analys. in *Arch. de méd.*, 1870.
3. *Loc. cit.*

Digitized by Google

nie ? L'échauffement du sang par la température élevée ne nous paraît pas une explication suffisante : une chaleur beaucoup plus intense dans une étuve sèche ou humide ne détermine pas ces accidents ; d'ailleurs, les animaux que l'on tue par l'échauffement artificiel ont un sang constamment et rapidement coagulable, tandis que le sang des insolés demeure liquide et diffluent.

Une autre théorie rapporte les accidents à la concentration des rayons solaires sur le crâne ou sur une autre région du corps. On conçoit qu'une excitation ainsi produite sur la périphérie nerveuse, excitation continue et incessamment transmise aux centres nerveux, puisse finir par déterminer des troubles fonctionnels variables. Ne voit-on pas l'éclampsie, le tétanos et même l'épilepsie succéder, comme troubles purement dynamiques à l'irritation d'un nerf périphérique. Certains symptômes de l'insolation, tels que le délire, les convulsions, les paralysies, les crampes tétaniformes qu'a présentées le malade de l'observation précédente, peuvent à la rigueur s'interpréter ainsi. Mais on ne peut guère expliquer d'une manière satisfaisante par cette théorie le mécanisme des hémorrhagies, telles que notre dernière malade les a présentées.

Il nous paraît tout d'abord que la multiplication des hémorrhagies et des lésions congestives dans notre cas (double foyer cérébral, ecchymoses sous-pleurales, infarctus pulmonaire, congestion rénale) accuse un mécanisme pathogénique commun. Faut-il, revenant à la théorie précédente, invoquer une paralysie vaso-motrice ou une dilatation vasculaire active, d'origine cérébrale, consécutives à *l'irritation périphérique transmise au centre vaso-moteur ?* Ou bien plutôt peut-on admettre *une action directe sur le mécanisme nerveux inconnu qui préside à l'hématopoièse, action morbide se manifestant par une dyscrasie sanguine aiguë ?* Cette opinion n'a rien d'inacceptable. La clinique nous montre journellement des *maladies aiguës du sang* consécutives à des influences nerveuses. La chlorose, l'anémie pernicieuse, le purpura, ont parfois un début subit déterminé par des émotions morales violentes. Il n'est donc pas irrationnel de penser que certains modes d'irritations nerveuses périphériques puissent retentir sur les centres nerveux qui interviennent dans le processus de l'hématopoièse. La psorentérie et l'engorgement des ganglions mésentériques si remarquables chez notre malade, semblent bien confirmer l'idée d'une dyscrasie sanguine et tous les auteurs qui

Digitized by Google

ont fait des autopsies d'insolés ont signalé l'analogie des lésions avec celles des maladies infectieuses.

Sentleben[1] n'hésite pas à se ranger à cette manière de voir et, prenant pour base les analyses de sang faites par Obernier, Zedamkrotzky, Ulmann et par lui-même, il admet une désorganisation aiguë du sang dans l'insolation. Remarquons, toutefois, qu'une dissolution du sang par altération chimique ou autre peut produire, à la vérité, des suffusions sanguines *par filtration*, mais non de vastes foyers hémorrhagiques comme chez notre malade, pour lesquels une rupture vasculaire est nécessaire. On peut se demander, dans ce cas, s'il n'a pas existé une fragilité des vaisseaux constituant une cause prédisposante à cette rupture. Il semble aussi que l'hémorrhagie cérébrale chez notre sujet se soit produite dès le début, signalée qu'elle a été par une violente céphalalgie et des vomissements persistants.

Nous pensons, d'après cela, que l'insolation agit sur les centres nerveux vasculaires susceptibles de réaliser une dilatation active ou passive des vaisseaux jusqu'à production d'une rupture et que, de plus, elle exerce une influence, sans doute aussi par voie nerveuse, sur le mécanisme de l'hématopoièse, déterminant une dyscrasie sanguine aiguë. C'est, bien entendu, sous toutes réserves que nous proposons ce mode d'interprétation des accidents.

3° Au point de vue du siège de la lésion dans le cerveau, remarquons que les seuls symptômes observés ont consisté en céphalalgie, vomissements, ralentissement du pouls; l'hyperhémie des méninges peut avoir participé, de son côté, à la production de ces phénomènes; il n'y a eu ni convulsions ni paralysies, ce qui est conforme à la doctrine courante des localisations cérébrales; la zone corticale ayant été respectée. Enfin, l'absence d'apoplexie initiale est un fait remarquable dans cette observation, eu égard au volume de la lésion. Les symptômes observés chez cette malade ne pouvaient donc suggérer en aucune façon l'idée d'une lésion en foyer et devaient forcément imposer le diagnostic de congestion simple des méninges.

Anévrysme de la crosse aortique. Accès d'oppression par compression des nerfs vagues et récurrents. Tuberculose secondaire.

C. (Nicolas), âgé de 58 ans, chaisier de profession, est entré à la clinique le 20 février 1886. Comme antécédents morbides, nous rele-

1. *Deut. milit. Zeitschrift,* 1879, p. 482, et 1880, p. 411.

Digitized by Google

vons une fièvre typhoïde en 1872, et en 1884 une névralgie faciale droite, à paroxysmes biquotidiens, qui n'a cédé définitivement que depuis 3 mois seulement. Jamais ce malade n'aurait fait d'excès alcooliques. L'affection qui l'amène à l'hôpital aurait débuté, il y a six semaines environ, par une toux sèche et de l'oppression; jamais il n'a éprouvé ni battements de cœur, ni douleurs thoraciques, les jambes n'ont pas été œdématiées. Il put continuer son travail jusqu'à ces derniers temps, et ce n'est que depuis trois jours qu'il a été forcé de s'aliter.

État actuel (21 février). — Cyanose marquée de la face. Pas d'œdème des membres inférieurs. Respiration : 28, au repos. Au moindre mouvement, elle devient haletante, accélérée et s'accompagne d'angoisse. Toux fréquente, expectoration purulente. Le thorax se soulève en masse. En avant, son tympanique profond aux 2e, 3e, 4e et 5e espaces; matité hépatique normale. Respiration rude et sèche, jusque vers le 4e espace, où elle est plus faible. En arrière, son clair assez ample dans les deux fosses sus-épineuses; à gauche, son normal jusqu'à la base; à droite, matité depuis le milieu de la fosse sus-épineuse jusqu'à la base. Respiration rugueuse dans la fosse sus-épineuse droite; respiration soufflée au-dessous; à gauche, respiration soufflée au sommet, rugueuse à la base.

La pointe du cœur bat au 5e espace, un peu en dehors de la ligne mamillaire. Choc faible. Bruits du cœur nets mais faibles, léger souffle systolique à la pointe. Pouls : 100, régulier, égal. Veines du cou dilatées, sans pouls veineux.

Apyrexie. Fonctions digestives normales. Pas d'albumine dans les urines.

Le malade présente un tremblement dont le début remonte, d'après lui, à 30 ans environ. Ce tremblement, nul au repos, se produit quand le malade veut exécuter un mouvement, et se compose d'oscillations peu étendues, régulièrement rythmées; il semble plus accusé du côté gauche. Le malade ne peut écrire; pour porter un verre à sa bouche, il est obligé de s'aider des deux mains. Les émotions morales exagèrent le tremblement; le malade présente, du reste, une grande impressionnabilité nerveuse.

Les jours suivants, l'état du malade reste à peu près le même; les accès d'oppression, qui semblaient avoir cédé dans la journée du 22, reparaissent le soir, et C. succombe le 23 au matin dans un paroxysme.

Autopsie. — *Poumons :* Le lobe supérieur du poumon droit est emphysémateux, les lobes inférieurs sont compacts et présentent l'aspect d'une infiltration tuberculeuse diffuse. Tubercules disséminés au sommet du poumon gauche.

Cœur et aorte : En enlevant la partie antérieure du thorax, on constate que l'aorte adhère à la partie supérieure de la moitié droite de la face postérieure du sternum. Le sternum et la 1re côte présentent, à

Digitized by Google

leur partie postérieure, une excavation peu profonde, mesurant 4 centimètres transversalement et 3 centimètres de haut en bas, excavation résultant de l'usure produite par un anévrysme de la crosse de l'aorte; celle-ci, au niveau de l'orifice du sac, est dilatée et mesure 12 centimètres de circonférence; elle présente une altération athéromateuse très prononcée. Au niveau de l'origine du tronc brachio-céphalique, on constate une tumeur de forme arrondie, du volume d'une boule de billard, mesurant 22 centimètres de circonférence, 7 centimètres et demi de haut en bas et horizontalement, dans son plus grand diamètre, 6 centimètres et demi. Cette tumeur, formée par l'aorte dilatée, communique largement avec le tronc par un collet resserré, mesurant 2 centimètres et demi de diamètre. Sa paroi antérieure, qui a été enlevée avec le sternum, reste fermée par des couches de fibrine stratifiées, la partie centrale étant remplie de caillots récents. Il s'agit ici d'un anévrysme sacciforme. Il est en rapport en avant avec la partie supérieure du bord droit du sternum, la 1re côte et le 1er espace intercostal droits; en haut, il s'arrête exactement à l'articulation sterno-claviculaire droite; en arrière et à gauche, il est appliqué sur la partie droite de la trachée qu'il comprime au niveau de la partie moyenne de ce conduit. En sectionnant la trachée longitudinalement, on constate en effet une légère saillie faite par la tumeur et, en outre, on reconnaît qu'un des cerceaux cartilagineux est rompu. A gauche, l'anévrysme se confond avec l'aorte et s'arrête supérieurement à l'origine de l'artère carotide primitive gauche; à droite, à la partie supérieure et postérieure de l'anévrysme, on aperçoit les artères carotide primitive et sous-clavière droites qui semblent naître directement de la tumeur, le tronc brachio-céphalique étant complètement *absorbé* par l'anévrysme. En outre, la tumeur comprime le nerf récurrent droit qui est appliqué immédiatement sur sa partie antérieure et englobé dans le tissu de la poche. Le nerf pneumogastrique droit s'accole à l'anévrysme; il est comprimé par les ganglions interbronchiques tuméfiés. Le nerf pneumogastrique gauche est séparé de l'anévrysme par la carotide primitive gauche, mais le nerf récurrent gauche, au moment où il croise la crosse de l'aorte, entre en rapport avec de nombreux ganglions dont le volume est notablement accru.

Le cœur mesure transversalement 12 centimètres; de haut en bas, 13 centimètres. Pas de surcharge graisseuse notable. A la loupe, tissu musculaire ferme, normal. Valvules saines. Hypertrophie concentrique du ventricule gauche. Cœur droit normal. Les autres organes (foie, reins) ne présentent qu'un certain degré de congestion passive.

Cette observation donne lieu aux remarques suivantes :

1° L'anévrysme a été latent, non diagnostiqué, malgré son développement assez considérable. La tumeur était directement placée

Digitized by Google

sous la poignée du sternum qui la dérobait presque totalement à l'exploration.

2° La respiration haletante avec angoisse au moindre effort a été le symptôme dominant, l'oppression a existé depuis le début. L'induration tuberculeuse des poumons ne suffisait pas à expliquer ces phénomènes respiratoires qui avaient le caractère d'un asthme permanent, aussi avait-on pensé pendant la vie à quelque lésion des nerfs respiratoires englobés dans un processus athéromateux de l'aorte. L'autopsie montra, en effet, que cette dyspnée asthmatique qui a emporté le malade était due à la compression des deux récurrents et du pneumogastrique droit par la tumeur ou les ganglions avoisinants.

3° Signalons enfin la tuberculose concomitante. Les recherches de Stokes et d'Habershon en Angleterre, de Hérard et Cornil, de Hanot en France ont montré qu'il existait entre l'anévrysme de la *crosse* de l'aorte et la tuberculose pulmonaire un rapport de cause à effet; ainsi, sur 42 cas d'anévrysmes de la crosse, M. Hanot[1] a trouvé 16 fois des tubercules. Ce fait est d'autant plus remarquable qu'il existe un antagonisme entre les affections du cœur gauche et la tuberculose. Mais cet antagonisme n'existe qu'autant que la lésion cardiaque détermine de la stase sanguine dans les poumons; les lésions cardiaques ou aortiques qui n'apportent pas d'entraves à la circulation pulmonaire ne déterminent pas l'immunité; en d'autres termes, ce n'est pas l'affection cardiaque elle-même, mais la congestion pulmonaire qu'elle produit qui crée cette immunité. Dans notre observation, le travail du cœur restant normal, la circulation pulmonaire n'était nullement gênée.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA MALADIE BLEUE.

Obs. I. — *Cyanose congénitale. — Tuberculose pulmonaire. — Mort à l'âge de 3 ans. — Communication interventriculaire. — Sténose de l'orifice de l'artère pulmonaire.*

Émile X..., âgé de 2 ans, présente depuis l'âge de 7 mois une coloration bleuâtre des téguments et de la gêne respiratoire. A son entrée à l'hôpital (10 juin 1885), on constate l'état suivant : Température normale; pouls 136, régulier; *coloration bleue de la face, des*

1. *Archives générales de médecine.* 1879.

Digitized by Google

lèvres et des conjonctives; globes oculaires un peu saillants, regard vif et brillant. Les *dernières phalanges des doigts et des orteils sont légèrement renflées en spatule* et présentent la même teinte cyanotique que le visage; les ongles sont épaissis et recourbés. Le thorax est bien conformé, la respiration normale; la *pointe du cœur bat au 6e espace intercostal, à deux travers de doigt en dehors de la ligne mamillaire,* vers le bord antérieur de l'aisselle. Le choc est vif, limité à la région de la pointe; *souffle doux systolique à la base.* Pas de battements épigastriques, pas de dilatation des veines du cou. Aucun accès d'oppression spontané, mais les mouvements amènent une augmentation de la cyanose et une vive oppression. L'enfant présente une bonne constitution, son intelligence est bien développée et au moins égale à celle des autres enfants de son âge.

Les symptômes précédents persistent sans modifications pendant les quelques mois qui suivent. Dans le cours de juillet, la fièvre s'allume, oscillant entre 38° et 39°4 et l'on constate à plusieurs reprises des bulles de pemphigus développées sur les membres supérieurs et inférieurs. Le 15 octobre, l'enfant se plaint d'une céphalalgie très vive, la diarrhée survient avec 3 ou 4 selles en moyenne par jour, la température est toujours fébrile. Le 26 octobre, on note : diarrhée persistante, selles et urines involontaires, temp. 40°; P. 124. Intelligence nette, respiration normale, taches rosées en abondance sur l'abdomen (fièvre continue ?). Vers le 10 novembre, la température s'est abaissée presque à la normale le matin (37°3 à 37°4); le soir, elle atteint encore 39° à 39°5, la diarrhée est à peu près arrêtée, l'état général est bon.

A partir du mois de février 1886, la santé du malade commence à décliner; le 4 mars, on note l'état suivant : aspect squelettique, cyanose extrême, température fébrile. Pouls, 124 ; régulier, égal. Anorexie absolue, langue un peu chargée. Râles sous-crépitants en avant sous les deux clavicules, respiration rude en arrière et à droite; à gauche, râles sous-crépitants dans toute la hauteur (tuberculose pulmonaire). Pointe du cœur au 6e espace en dehors de la ligne mamillaire, souffle doux systolique vers la base. *La déformation des extrémités s'est encore accentuée; les doigts sont très longs* (le médius droit mesure 6 centim., tandis que la distance entre sa base et le poignet n'est que de 4 centim.). *Les dernières phalanges sont épaissies en spatule, incurvées en extension forcée sur les deuxièmes; elles sont élargies et dépassent le diamètre de ces dernières de 4 à 5 millim.* Même déformation aux orteils, mais moins accentuée. — La mort survient le 9 mars.

Autopsie. — *Poumons :* les deux poumons, surtout le poumon droit, sont compacts, criblés de tubercules miliaires; il existe au sommet droit une petite excavation du volume d'une noix. — *Cœur :* environ 30 gr. de sérosité citrine dans le péricarde. Le cœur mesure transversalement 8 centim., et de haut en bas 7 centim., depuis l'origine des

Digitized by Google

gros troncs vasculaires. *Hypertrophie considérable du ventricule droit* dont la paroi est épaisse de 15 à 17 millim. Le cœur gauche, au contraire, a des parois très minces, ne dépassant pas 5 millim. Il existe à *la partie supérieure de la cloison, à la base de l'infundibulum de l'artère pulmonaire, un orifice de communication entre les deux ventricules.* Vue du ventricule droit, cette perforation constitue une ouverture triangulaire, dont la base mesure environ 17 millim. de largeur et est constituée par les valvules sigmoïdes de l'aorte; les côtés du triangle sont formés par une grosse colonne charnue de la paroi, laquelle semble se bifurquer en deux colonnes lisses et égales, se dirigeant à droite et à gauche pour rejoindre, l'une la valve sigmoïde droite, l'autre la gauche. La hauteur du triangle, prise suivant une ligne allant de son sommet au cul-de-sac des valvules mesure un centimètre; l'orifice peut donc admettre l'extrémité du petit doigt. L'orifice de l'artère pulmonaire se trouve en avant et à gauche sur le bord inférieur de la branche gauche du pilier charnu qui constitue le bord correspondant de la perforation; il est séparé de celle-ci par un intervalle de 6 millim. Cet orifice est très petit, mesurant 5 millim. de diamètre, et il est en outre obstrué par une végétation fibrineuse, mobile, du volume d'un gros haricot, adhérant par un pédicule à l'insertion de la valve sigmoïde pulmonaire gauche et remontant depuis l'origine du cône pulmonaire jusqu'à l'insertion des valvules : ce caillot permet à peine de traverser l'orifice avec un stylet de trousse. Depuis l'orifice de l'infundibulum jusqu'au bord supérieur des valvules sigmoïdes, il n'existe qu'un intervalle de 8 millim., l'insertion des valvules est immédiatement au niveau de cet orifice. Au niveau du bord supérieur des valvules, le calibre de l'artère mesure 3 millim. environ d'avant en arrière et 5 millim. transversalement, tandis qu'immédiatement au-dessus, l'artère étalée mesure en circonférence 3 centimètres. — Vue du côté du ventricule gauche, la perforation affecte une forme circulaire et vient s'ouvrir contre la face ventriculaire de la valve droite de la mitrale. Les valvules du cœur sont toutes intactes. Le canal artériel est oblitéré, le trou de Botal est fermé et il n'existe aucune communication entre les deux oreillettes. — *Foie* très congestionné. Poids 580 grammes. Diamètre transversal 19 cent., diamètre vertical (lobe droit) 12 cent. — *Rate :* longueur, 8 cent.; consistance normale. *Reins* sains. — *Colonne vertébrale :* scoliose latérale gauche allant de la 9e dorsale jusqu'au sacrum.

Il s'agit donc ici d'un cas de cyanose ou maladie bleue, due à une communication interventriculaire avec rétrécissement du cône artériel pulmonaire. L'orifice siégeait, comme dans la plupart des cas à la base de la cloison au niveau du septum membraneux signalé par Thurnam et Dietrich et bien décrit par Hauska et Pelvet.

Digitized by Google

Cette communication interventriculaire a-t-elle été primitive ou bien a-t-elle été la conséquence de la sténose pulmonaire? On comprend qu'un rétrécissement pulmonaire consécutif à une endocardite fœtale survenue vers le deuxième mois de la vie intra-utérine, c'est-à-dire avant l'époque où le cloisonnement des ventricules est terminé, empêche l'achèvement de la cloison et maintienne un orifice de communication entre les deux ventricules; en effet, la difficulté qu'éprouve le sang à se vider par l'artère pulmonaire détermine une stase avec augmentation de pression dans le ventricule droit et par suite le sang continue à se faire jour à travers le ventricule gauche vers l'aorte. D'autre part, dans la seconde hypothèse, la communication interventriculaire serait primitive et due à un arrêt de développement de la cloison : dès lors, le sang contenu dans le ventricule droit refluerait en grande partie vers le ventricule gauche, grâce à la prédominance fonctionnelle du cœur droit dans la vie intra-utérine, et l'artère pulmonaire, recevant par suite une quantité moindre de sang, se développerait moins et resterait relativement étroite. Mais ce qui prouve que dans notre observation la première hypothèse est la vraie, c'est que le rétrécissement pulmonaire est pour ainsi dire limité à l'infundibulum et à l'anneau fibreux d'insertion des valvules sigmoïdes, *tandis qu'immédiatement au-dessus, l'artère reprend ses dimensions normales.* Il est donc certain qu'ici le rétrécissement a été primitif : car s'il avait été secondaire et dû au moindre afflux du sang dans l'artère pulmonaire, le rétrécissement eût été uniforme dans toute l'étendue de l'artère et dans ses branches. L'oblitération parfaite du tronc artériel montre aussi que le sang n'arrivait au poumon que par l'intermédiaire de l'artère pulmonaire.

Au point de vue clinique, cette observation présente également des particularités intéressantes. Et tout d'abord, la cyanose survenue dès le début et préexistant à toute congestion du poumon et à la tuberculisation de l'organe; c'est à cette cyanose qu'il faut rapporter l'altération si remarquable des doigts et des orteils.

La cyanose est-elle due au mélange des deux sangs dans le ventricule gauche et par suite dans toute la grande circulation; doit-on l'attribuer, comme on le fait en général aujourd'hui, à l'imperfection de l'hématose par suite de la faible quantité de sang envoyée au poumon, ou bien enfin est-elle la conséquence de l'asystolie engendrée par la lésion? Les arguments qu'on a fait valoir contre

Digitized by Google

la théorie du mélange des deux sangs ne nous semblent pas absolument démonstratifs et applicables à tous les faits; dans le cas particulier, nous inclinons à admettre que la coloration bleue des téguments a été due, pour une grande part, au mélange du sang artériel et du sang veineux. D'abord la coloration bleue existait dès le début chez notre enfant, alors qu'il n'y avait aucun symptôme de stase pulmonaire, aucune asystolie. D'autre part, aucune affection du cœur ne détermine une coloration aussi spéciale et aussi persistante ; en général, la cyanose ne se montre que quand il y a asystolie, elle disparaît quand l'équilibre circulatoire est rétabli. Ici, au contraire, nous le répétons, la cyanose a été le premier symptône avec la gêne respiratoire, sans qu'il y ait eu d'asystolie et cette cyanose a été tellement caractéristique, que dans cette observation comme dans la suivante, c'est elle qui nous a permis de poser immédiatement le diagnostic d'anomalie congénitale du cœur.

La tuberculose pulmonaire qui a emporté notre petit malade est un accident fréquent dans les anomalies congénitales du cœur droit. Dans le rétrécissement congénital de l'artère pulmonaire, Stölker[1] sur 116 cas l'a rencontrée 15 fois, c'est-à-dire environ chez le onzième des malades. Le même fait s'observe dans le rétrécissement pulmonaire acquis ainsi que l'établissent les recherches de Lebert[2] (24 fois sur 24), de Mannkopf[3], de Constantin Paul[4]. Cette coïncidence est un fait d'autant plus intéressant, que les affections du cœur *gauche* excluent en général la tuberculose pulmonaire.

Dans notre observation, la tuberculose a débuté à une époque de la vie où la constitution de l'enfant n'était encore nullement détériorée par la maladie cardiaque; il nous semble donc qu'on ne saurait voir dans cette complication, comme le veut M. Grancher[5], l'expression d'une déchéance générale de la nutrition; il est beaucoup plus rationnel d'admettre que l'anémie relative du poumon produite par les lésions primitives du cœur droit constitue un terrain favorable au développement du germe tuberculeux, tandis

1. *Beiträge zur Pathologie der angeborenen Stenose der Arteria pulmonalis* in *Schweizer Zeitschrift für Heilkunde*. Bd III, Helft 3 et 4. 1864.
2. *Berlin. klin. Wochenschrift,* nos 22 et 24. 1867.
3. *Arch. für Anat. und Physiologie,* n° 4. 1863.
4. *Gazette hebdomadaire,* n° 27, 1871 et *Union médicale,* nos 99 à 112. 1871.
5. *Dictionnaire encyclopédique.* Art. Cyanose, 1re série, tome XXIV.

Digitized by Google

qu'au contraire la stase sanguine consécutive aux lésions du cœur gauche serait une condition défavorable à son évolution.

Enfin, un fait important à relever dans l'histoire clinique de notre petit malade, c'est que contrairement à ce qu'on observe fréquemment chez les enfants affectés d'une malformation congénitale du cœur, non seulement le développement physique du sujet ne laissait rien à désirer, mais encore son intelligence était très vive et s'est conservée telle jusqu'à la fin.

Obs. II. — *Cyanose. — Tuberculose ultime. — Communication interventriculaire par perforation congénitale sans perte de substance de la cloison.*

A... (Charles), 17 ans, ouvrier verrier, est un garçon de tempérament lymphatique, de constitution chétive, paraissant âgé de 14 ans à peine; *depuis l'âge de 18 mois, il aurait toujours éprouvé de l'oppression,* et il a été traité à plusieurs reprises pour des accidents cardiaques; le 4 octobre dernier, c'est-à-dire 8 jours environ avant son entrée à l'hôpital, il aurait eu, à la suite d'un refroidissement, un crachement de sang abondant qui se reproduisit deux jours après, ce qui le décida à entrer à la clinique.

État actuel (11 octobre) : Face pâle, lèvres livides, *mains un peu cyanosées, ongles asphyxiques. Les deux gros orteils sont renflés en massue* à leur extrémité. Pas d'œdème des membres inférieurs. Respiration 38, abdominale, accompagnée d'angoisse; le malade se couche de préférence sur le ventre, les cuisses et les jambes repliées sous lui, en chien de fusil. Sonorité faible avec respiration soufflée dans les deux sommets. Pas de voussure précordiale; choc du cœur énergique, se percevant aux 3e, 4e, 5e espaces gauches. Pas de frémissement cataire, *souffle systolique à maximum au 2e espace à gauche du sternum.* Le foie ne dépasse pas le rebord des fausses côtes. Pouls 128, très petit, mais égal et régulier. — Mort le lendemain.

Autopsie. — *Poumons :* Les deux poumons présentent une *induration tuberculeuse des deux sommets et des granulations disséminées en assez grand nombre dans les lobes inférieurs.* — *Cœur :* Un peu de sérosité citrine dans le péricarde. Le cœur mesure verticalement 9 centimètres, transversalement 9 cent. 1/2. Le cœur droit mesure, de la cloison jusqu'au bord, 4 cent. 1/2 ; l'épaisseur de la paroi est de 13 millim. Le muscle est de consistance et d'aspect normaux. Aucune altération valvulaire. A la base de la cloison, il existe un orifice de communication entre les deux ventricules : que l'on suppose la cloison interventriculaire déchirée à sa partie supérieure environ à 18 millimètres de sa base et le lambeau supérieur mobile rejeté vers le ventricule

Digitized by Google

droit, mais formant opercule et pouvant s'appliquer exactement sur l'autre segment, de manière à fermer l'orifice, et on aura une idée exacte de la lésion. En regardant la cloison du côté du ventricule droit, on constate en effet qu'il n'existe aucune perte de substance de la cloison, mais celle-ci est comme décollée à sa partie supérieure et forme à ce niveau une sorte de valvule adhérente par sa base, libre par son extrémité inférieure qui forme une courbe semi-lunaire, convexe en bas, mesurant transversalement 14 millimètres et s'appliquant parfaitement sur le bord libre concave en haut du segment inférieur de la cloison. Ce segment *valvulaire* de la cloison est déjeté à droite, vers la valve interne de la tricuspide, de sorte qu'en regardant la perforation du côté du ventricule gauche, on aperçoit un orifice pourvu d'un opercule, dont la moitié gauche correspond au bord concave du segment inférieur et la moitié droite, externe, au bord de la valvule flottante constituée par le segment supérieur décollé de la cloison. Cet orifice interventriculaire conduit directement de bas en haut dans l'aorte, qui semble ainsi s'ouvrir directement dans le ventricule droit, à droite de l'infundibulum; transversalement, il met en communication les deux ventricules. Les dimensions de la perforation sont, de haut en bas, 7 millimètres, et transversalement de 8 à 9 millimètres; elle admet donc facilement l'extrémité de l'index. Le bord libre du segment inférieur de la cloison est tapissé du côté du ventricule droit par une bride fibreuse en partie décollée et formant un certain relief sur le reste de l'endocarde; en outre, un filament tendineux très mince, comme un cheveu, d'une longueur de 4 centimètres, s'étend de la valve supérieure mobile à une colonne charnue pariétale du bord droit du cœur. Le trou de Botal est fermé, l'aorte et l'artère pulmonaire sont normales. Le foie est un peu gras, les autres organes ne sont pas altérés, sauf l'estomac qui présente un piqueté hémorrhagique et quelques ecchymoses.

Ainsi dans le cas actuel, la communication interventriculaire n'est pas due à l'inachèvement de la cloison, puisqu'il n'existe aucune perte de substance, mais à une simple solution de continuité entre la partie la plus supérieure et la partie inférieure de la cloison. Nous n'avons trouvé, dans les observations nombreuses publiées par les auteurs, aucun exemple d'une disposition analogue. Ce vice de conformation ne nous semble pas pouvoir être expliqué par un arrêt du développement de la cloison. Celle-ci se forme de bas en haut et commence de très bonne heure, ainsi que Ecker l'a constaté; ce n'est d'abord qu'un mince croissant de substance musculaire à concavité tournée vers les oreillettes et le bulbe aortique, puis elle s'élève progressivement dans cette direction, et vers la septième semaine, le cloisonne-

Digitized by Google

ment ventriculaire est terminé. Pour que l'on puisse admettre dans ce cas particulier l'hypothèse d'un arrêt de développement, il faudrait que la cloison se formât par la jonction de deux segments, l'un supérieur, l'autre inférieur ; et on pourrait alors penser que la soudure ne s'est pas faite et a laissé persister un orifice; mais comme cette conception est opposée à ce que nous savons du développement du cœur, il faut de toute nécessité admettre une déchirure, une rupture de la cloison, sans doute par suite d'une endocardite fœtale, rupture produite au point le moins résistant, c'est-à-dire au niveau du septum membraneux qui est le siège habituel de ces sortes de lésions. Ainsi donc, il ne s'agit pas ici d'un arrêt de développement, mais bien d'une perforation vraie, d'une déchirure de la cloison.

Une première conséquence de cette lésion a été la communication directe de l'aorte avec le ventricule droit ; il y avait donc dans ce vaisseau un mélange de sang artériel et de sang veineux d'où résultait sans doute, ainsi que nous l'avons admis plus haut, la coloration cyanique des téguments. D'autre part, la disposition de l'orifice et de sa valvule était telle que le sang passait facilement du ventricule gauche dans le ventricule droit; tandis que l'effet inverse ne pouvait être réalisé, la pression sanguine dans le ventricule droit appliquant la valvule sur la perforation ; aussi le cœur droit était-il dilaté et hypertrophié. Ainsi l'aorte contenait un sang moins artérialisé que normalement et l'artère pulmonaire renfermait non seulement du sang veineux, mais encore du sang artériel venu du ventricule gauche : et comme, grâce à la communication directe de l'aorte avec le ventricule droit, une partie du sang contenu dans ce dernier passait dans ce vaisseau au lieu d'être envoyé au poumon, il existait une anémie pulmonaire relative qui peut, à notre sens, expliquer jusqu'à un certain point la tuberculisation ultime de l'organe, absolument comme dans les cas où le rétrécissement de l'artère pulmonaire *entrave* l'afflux du sang dans le poumon.

Remarquons parmi les signes physiques de l'affection le souffle systolique au 2e espace gauche, correspondant à peu près au siège de la perforation. Enfin, notons que, chez notre malade, la survie a été assez longue, malgré le travail pénible auquel il était forcé de se livrer.

En résumé, dans ces deux cas de maladie bleue, le mécanisme de la communication interventriculaire a été absolument différent :

Digitized by Google

chez notre premier malade, un rétrécissement de l'infundibulum de l'artère pulmonaire a empêché l'achèvement de la cloison ; dans la seconde observation, la cloison était achevée, mais il s'est fait, au niveau de la partie la moins résistante, une véritable rupture sans aucune perte de substance.

DU CANCER PRIMITIF DU POUMON.

Un fait intéressant de cancer primitif du poumon, observé cette année au service, nous a fourni l'occasion de faire quelques recherches bibliographiques sur cette affection si remarquable par sa rareté et les difficultés qu'offre souvent son diagnostic. Les faits de ce genre sont encore trop peu nombreux pour permettre de tracer définitivement l'histoire anatomique et clinique de la maladie, cependant ils suffisent à faire voir combien est schématique la description qu'en ont donnée les auteurs classiques et la variabilité des formes sous lesquelles se présente l'affection.

Voici d'abord cette observation :

Douleurs thoraciques persistantes ; symptômes de pleurésie ; 4 thoracentèses successives ; épanchement hémorrhagique reparaissant immédiatement après chaque ponction. Mort par dyspnée et anémie progressives ; cancer du poumon et de la plèvre.

H... (Dorothée), 39 ans, débarrasseuse, mère d'un enfant de 4 ans, est entrée au service le 2 mars 1886. Il y a 3 ans, elle aurait eu une diphtérie pendant un séjour qu'elle fit à Strasbourg. Depuis un an, elle se plaint d'*une douleur vers le 2e espace droit, s'irradiant vers le bras et en arrière* vers la *région interscapulaire ;* depuis l'automne, elle a la respiration courte avec des accès nocturnes d'oppression, mais sans toux ni expectoration habituelles. Six semaines avant son entrée, elle consulta M. le professeur Gross qui constata l'existence d'un *épanchement pleurétique droit ;* celui-ci paraissait en voie de résolution quand, à la suite d'un refroidissement, il augmenta à nouveau ; enfin depuis 8 jours la malade a une toux fréquente, la douleur thoracique est plus vive ; la nuit qui précéda son entrée, la malade a eu *une petite hémoptysie.*

État actuel. 2 mars. — Température normale. Pouls 80, petit, dépressible. Respiration costo-abdominale. Le côté gauche du thorax se dilate plus que le côté droit. La pointe du cœur bat à sa place habituelle. Sonorité normale en avant et à gauche ; à droite, légère nuance

Digitized by Google

de tympanisme aigu vers l'angle sterno-claviculaire, matité en dehors et au-dessous dans toute la hauteur. Le foie ne dépasse pas le rebord des fausses côtes. Respiration nette du côté gauche ; à droite, respiration soufflée avec bronchophonie à la partie interne des 1er et 2e espaces; silence respiratoire au-dessous. En arrière et à gauche, sonorité dans toute la hauteur; à droite, matité compacte dans toute la hauteur sauf vers la gouttière épineuse. A l'auscultation, respiration soufflée à droite dans la fosse sus-épineuse, respiration faible, un peu soufflée dans la fosse sous-épineuse, souffle nasonné depuis l'angle de l'omoplate jusqu'à la base, avec égophonie. A gauche, respiration renforcée dans toute la hauteur; vers la colonne vertébrale, on perçoit le souffle transmis du côté droit. A la palpation, abolition des vibrations thoraciques à droite (*épanchement pleurétique droit*).

4 mars. La malade éprouve toutes les nuits des accès d'oppression. Pouls petit à 88. Pointe du cœur refoulée à gauche en dehors de la ligne mamillaire. *Une thoracentèse* est pratiquée avec l'appareil aspirateur de Potain et retire *2 litres et demi de liquide séreux, rougeâtre.* Cinq minutes après l'opération, la malade est prise de quintes de toux pénibles qui cessent dans la soirée; la nuit est assez bonne.

5 mars. Le liquide extrait de la plèvre par l'aspiration et laissé en repos depuis la veille présente une coloration jaunâtre avec un dépôt d'environ 50 centimètres cubes, de couleur rouge, composé en grande partie de globules rouges. Ce matin, la température est normale; la respiration assez tranquille. En arrière et à droite, sonorité dans la fosse sus-épineuse, submatité vers l'épine de l'omoplate, matité complète au-dessous. Inspiration rude, expiration soufflée dans la fosse sous-épineuse, se prolongeant en s'atténuant jusqu'à la base. A gauche, respiration nette, sauf vers la gouttière vertébrale où l'on perçoit la transmission du souffle du côté droit. En avant et à gauche, respiration nette; à droite, la malade étant couchée, bruit de pot fêlé avec son tympanique profond; matité au 2e espace, sauf à la partie interne où l'on perçoit une nuance de son tympanique bref aigu; matité aux 3e, 4e, 5e espaces. Quand on fait asseoir la malade, ces phénomènes se modifient très légèrement : sonorité sous la clavicule, submatité au 2e espace, matité complète à partir du 3e. A l'auscultation, respiration rude avec râles sous-crépitants sous la clavicule et aux deux premiers espaces ; silence respiratoire au-dessous, choc du cœur net ; pointe du cœur non déplacée.

6 mars. Température normale; la malade a peu toussé et a passé une bonne nuit. A droite et en avant, matité complète au 2e espace ; sous la clavicule, respiration faible, mais nette avec retentissement de la voix et de la toux ; au 2e espace et au 3e, inspiration à timbre légèrement amphorique ; silence complet à partir du 4e espace. Les phénomènes de percussion ne subissent aucune modification par les

Digitized by Google

changements de position de la malade. En arrière, sonorité dans les fosses sus et sous-épineuses, matité au-dessous de l'angle de l'omoplate ; expiration un peu soufflée dans la fosse sus-épineuse se continuant jusqu'à la base. A gauche, respiration nette. Rien de spécial du côté du cœur ; urines 1,500 centimètres cubes. (Extrait de scille 1gr,50.)

8 mars. Urines 2,100. La malade se plaint depuis la veille de douleurs vives dans le côté droit. Sonorité sous la clavicule, plus faible au 2e espace, matité au 3e. Respiration soufflée et retentissement de la voix aux deux premiers espaces; silence respiratoire au-dessous. En arrière, matité à partir de l'angle de l'omoplate, avec respiration soufflée à ce niveau. Ainsi l'épanchement n'a pas augmenté.

10 mars. L'épanchement n'ayant aucune tendance à se résorber spontanément, on pratique *une 2e thoracentèse* avec l'appareil aspirateur et on retire *1,200 centimètres cubes de liquide franchement hémorrhagique.* Pendant l'opération, la malade s'est plainte d'une douleur très vive dans le côté droit, douleur qui a persisté jusqu'au soir. Quelques crachats visqueux, sanguinolents dans la soirée. — Température normale le soir.

11 mars. En avant, sonorité sous la clavicule droite, matité commençant à la moitié externe du 2e espace jusqu'à la base. Respiration rude au sommet, silence à partir du 3e espace. En arrière, sonorité dans les fosses sus et sous-épineuses, matité et respiration soufflée depuis l'angle de l'omoplate jusqu'à la base.

12 mars. Douleurs dans le côté droit dans la journée d'hier. Matité en avant à partir du 2e espace, souffle sous la clavicule droite, silence respiratoire au-dessous du 2e espace. En arrière, matité dans toute la hauteur avec souffle nasonné et égophonie. La température est toujours normale.

15 mars. Les douleurs persistent. Matité en avant dans toute la hauteur, sauf immédiatement au-dessous de la clavicule, où il existe une faible sonorité. En arrière, souffle et matité dans toute la hauteur.

19 mars. Douleurs lancinantes sous la clavicule droite. Le côté droit ne se dilate presque pas dans les mouvements respiratoires. Sonorité faible sous la clavicule, matité à partir du 2e espace ; en arrière, matité avec souffle lointain dans toute la hauteur. Oppression très intense ; cyanose de la face. La pointe du cœur bat en dehors du mamelon gauche, le pouls est petit, les urines rares et troubles. On se décide, en présence de cet état, à pratiquer *une 3e thoracentèse qui donne issue à 1,500 gr. de liquide hémorrhagique.* On fut alors forcé de s'arrêter, la malade étant en proie à des douleurs très vives et à une toux des plus pénibles ; une injection de morphine calma l'anxiété qui cessa complètement vers minuit.

20 mars. Douleurs en ceinture extrêmement vives à la hauteur de l'angle de l'omoplate ; la douleur sous-claviculaire a disparu. La *matité*

Digitized by Google

remonte de nouveau jusqu'à la clavicule; en arrière jusqu'à l'épine de l'omoplate, il existe à ce niveau une respiration soufflée; à la base, silence respiratoire. Respiration nette à gauche. *Expectoration visqueuse, sanguinolente.*

9 avril. Les douleurs ont persisté avec une intensité très variable depuis la dernière ponction. L'*épanchement est au même degré:* matité compacte en avant, sauf au niveau du triangle sous-claviculaire où il existe encore un peu de sonorité. En arrière, son faible dans la fosse sus-épineuse, matité au-dessous; mêmes signes d'auscultation. Pointe du cœur déviée à gauche, battant sur la ligne axillaire. Rougeur érythémateuse de la face, principalement du côté gauche, sans fièvre ni prurit. *4e thoracentèse* sans aspiration, à l'aide d'un tube formant siphon et plongeant dans un vase rempli d'eau: *1,200 centimètres cubes de liquide brun hémorrhagique.* A la suite de l'opération, *quelques crachats hémoptoïques.* Frisson assez violent vers 5 heures du soir. Température à ce moment 38°6. La nuit est assez bonne; la malade a pu dormir et a peu toussé.

10 avril. Temp., matin, 36°; pouls 96; temp., soir, 38°6; pouls 104. Nouveau frisson le soir à 5 heures. Même état général. L'*épanchement s'est reproduit au même degré.*

12 avril. Température normale matin et soir; la malade tousse peu; ne se plaint plus de douleurs dans la poitrine; les crachats contiennent toujours un peu de sang.

1er mai. Apyrexie. Douleurs vives dans le thorax, surtout à droite, depuis plusieurs jours (application de pointes de feu). L'état général décline de jour en jour; la malade est amaigrie, pâle, très anémiée. (Potion stimulante.)

4 mai. Plusieurs *syncopes* les jours précédents. Beaucoup d'*étouffements* la nuit. Pouls petit, 108. Extrémités fraîches. Même état de l'épanchement; le cœur n'est pas notablement déplacé.

10 mai. La malade ne dort plus; elle éprouve la nuit des étouffements très pénibles. Pouls régulier, 100, assez petit. Depuis quelques jours, *la douleur s'est étendue au côté gauche de la poitrine.* L'*épanchement persiste au même degré du côté droit;* à gauche et en avant, sonorité dans les deux premiers espaces; submatité au 3e, matité au 4e. En arrière, *matité depuis l'angle de l'omoplate jusqu'à la base gauche;* au même niveau, souffle voilé, lointain (*épanchement du côte gauche*). Respiration anxieuse, 40. Température hyponormale, 36°4 le soir; 36°2 le matin. En présence de l'angoisse respiratoire croissante, on discute la question d'une intervention nouvelle; dans l'espoir de vider plus complètement l'épanchement considérable du côté droit, sans aspiration de crainte d'amener une hémorrhagie plus considérable par la rupture des vaisseaux de nouvelle formation contenus dans les néo-membranes, on pratique une *ponction au 8e espace* intercostal sur

Digitized by Google

la ligne axillaire avec un trocard ordinaire, mais l'orifice de la canule ne tarde pas à s'obstruer et on ne peut extraire que *200 gr. à peine de liquide brun-chocolat.* Cette dernière tentative, faite le 13 au matin, reste donc sans aucun résultat, et la malade succombe le 15 au soir.

Autopsie. — La plèvre droite contient *plus de 3 litres d'un liquide hémorrhagique brun-chocolat,* contenant en suspension une *grande quantité de fausses membranes.* Le poumon, refoulé contre la colonne vertébrale, est tapissé dans presque toute sa surface libre par une plèvre épaissie, recouverte de fausses membranes rouges, très vasculaires, se détachant avec facilité. La plèvre diaphragmatique est elle-même épaissie, doublée à sa face supérieure par un tissu rouge, mesurant jusqu'à 2 centimètres 1/2 ; la face inférieure du diaphragme a contracté quelques adhérences avec le foie. Le poumon est condensé, ne crépite plus; le lobe supérieur, de couleur rougeâtre, présente à la coupe des travées fibreuses épaisses ; les lobes inférieurs présentent un certain degré de dilatation bronchique ; le lobe inférieur présente une coloration gris ardoisé, et sur quelques points il offre une consistance gélatineuse. La plèvre gauche contient aussi un litre de liquide hémorrhagique à sa partie déclive ; elle présente un certain nombre de granulations blanchâtres semblables à des tubercules crus; on constate également un certain nombre de ces granulations à la coupe du poumon gauche. — *Cœur :* 30 grammes de sérosité citrine dans le péricarde. Poids du cœur, 290 gr. ; hauteur, 4 centim., largeur, 9 centim. ; épaisseur du ventricule gauche, 18 millim., du ventricule droit, 7 millim. Pas de lésion valvulaire. Muscle ferme, d'aspect normal. — *Foie :* assez volumineux, d'apparence assez normale. Longueur, 22 centim. ; hauteur, 17. — *Péritoine :* Un peu de liquide rougeâtre dans les parties déclives. Épiploon épaissi, criblé de granulations miliaires, semblables à celles de la plèvre gauche. Quelques adhérences entre les anses intestinales. Pas d'ulcérations dans l'intestin. — *Reins* et *rate* normaux.

Examen histologique pratiqué par M. le Dr Baraban, professeur agrégé :

Sur des coupes du poumon après durcissement au bichromate de potasse et l'alcool, montées au collodion et colorées à l'hématoxyline, on constate les lésions suivantes : dans les portions de poumon qui montrent encore très nettement les contours alvéolaires, le contenu des alvéoles se compose de cellules polyédriques, à noyaux volumineux, pressées les unes contre les autres de façon à remplir complètement la cavité. La paroi alvéolaire paraît saine tout autour de ces petites masses de cellules, on y trouve des fibres élastiques, des vaisseaux et, ce que l'on peut considérer comme caractéristique, du pigment pulmonaire. Parfois, on trouve de petites bronches complètement remplies par des cellules épithéliales de même nature. Dans

Digitized by Google

d'autres endroits, les parois alvéolaires sont épaissies par une infiltration plus ou moins abondante de noyaux embryonnaires; de petits nids de cellules cancéreuses sont situés dans ces amas et ne paraissent avoir aucune relation avec l'épithélium alvéolaire. Dans certaines portions du poumon, tous les alvéoles sont remplis de cellules cancéreuses, comme s'il s'agissait d'une hépatisation de nature cancéreuse; ailleurs quelques alvéoles seulement sont remplis de cellules, les alvéoles voisins restant perméables.

La plèvre pulmonaire est épaissie, présentant à sa surface des villosités de tissu inflammatoire riche en vaisseaux; la périphérie des bourgeons est formée par une couche de fibrine, leur base est pénétrée par les vaisseaux sanguins de nouvelle formation.

Le péritoine diaphragmatique est épaissi et infiltré de noyaux embryonnaires, mais en général d'une manière discrète. Sur certains points plus ou moins rapprochés de la surface, ces noyaux constituent des îlots volumineux et il n'est pas rare de rencontrer, au centre de ces amas, des cellules polyédriques semblables à celles du tissu pulmonaire. Dans les lacunes très superficielles qui paraissent être des coupes de lymphatiques, on trouve, en l'absence de toute néoformation inflammatoire, de petites masses également formées de cellules polyédriques qui remplissent ces lacunes. Dans le tissu conjonctif sous-péritonéal, on trouve très manifestement une coupe transversale d'un tronc lymphatique bourré d'éléments cancéreux. Certaines lacunes de la trame péritonéale contiennent parfois une ou deux cellules polyédriques analogues.

Il s'agit donc, en résumé, d'un cancer primitif du poumon terminé par la mort dans l'espace de 15 mois environ. Comme phénomène initial, notre malade a présenté une douleur vers la région sous-claviculaire droite, s'irradiant vers le bras et la région interscapulaire; plus tard survint une oppression légère avec accès nocturnes de dyspnée, et ce n'est que dix mois après le début que l'on constata l'existence d'un épanchement pleurétique droit, lequel fut suivi de toux et d'une légère hémoptysie. On crut d'abord à une pleurésie simple, et comme la malade ne présentait pas de fièvre et que l'épanchement ne montrait aucune tendance à la résorption spontanée, on pratiqua une thoracentèse qui évacua 2 litres et demi de liquide hémorrhagique.

Cette première thoracentèse fut suivie d'une reproduction rapide de l'épanchement, trois autres thoracentèses furent successivement pratiquées; l'épanchement se reconstitua chaque fois du jour au lendemain. La malade pâlit, s'anémia sans prendre toutefois le

Digitized by Google

teint cachectique spécial aux cancéreux. D'ailleurs, il était difficile de songer à une tuberculose ou à un cancer pulmonaires; les seuls symptômes, outre la dyspnée et les signes physiques de l'épanchement, étaient la persistance des douleurs, parfois des hémoptysies passagères, aussi s'était-on arrêté à l'idée d'une pleurésie néo-membraneuse hémorrhagique. A partir du mois de mai, les douleurs thoraciques s'étendirent au côté gauche; on constata les signes d'un épanchement dans la plèvre gauche, et la malade finit par succomber par anémie et faiblesse cardiaque.

L'autopsie montra un cancer primitif du poumon droit : à la première inspection, nous pensions à une simple pneumonie chronique, cependant l'aspect un peu gélatiniforme de certaines portions du poumon nous avait frappés. L'examen histologique montra qu'il s'agissait en réalité d'un cancer qui paraissait s'être développé à la fois dans les alvéoles pulmonaires dont la cavité était remplie de cellules cancéreuses, alors que leurs parois étaient intactes, et en même temps dans les parois alvéolaires qui contenaient par places des nids de cellules cancéreuses sans relation avec l'épithélium alvéolaire. D'après Cornil et Ranvier[1], le cancer du poumon consisterait surtout dans une réplétion des alvéoles par des cellules cancéreuses, les parois alvéolaires étant le plus souvent intactes; notre observation montre que le cancer peut prendre naissance à la fois aux dépens du tissu conjonctif du poumon et de l'épithélium alvéolaire. Secondairement à la lésion pulmonaire, une carcinose miliaire s'est faite dans la plèvre et la membrane péritonéale; cette généralisation paraît avoir eu pour agent, du moins en partie, les canaux lymphatiques.

Le cancer primitif du poumon est, comme on le sait, une affection rare et qui jusqu'à présent n'a peut-être pas été encore suffisamment étudiée. L'encéphaloïde, le squirrhe, les cancers colloïde et mélanique sont les formes que l'on observe ordinairement; on a même nié que le cancer épithélial pût se développer primitivement dans le poumon; cependant des exemples incontestables en ont été rapportés par Rindfleisch[2] et Perls[3]; dans l'observation de ce dernier auteur, il existait des noyaux secondaires dans les organes

D'après un certain nombre d'auteurs, ce serait le poumon droit

1. *Histologie pathologique.*
2. *Gewebe-Lehre,* 1876.
3. *Arch. de Virchow,* t. LVI.

Digitized by Google

qui serait le siège de prédilection du cancer. Ainsi Walshe[1], sur 29 cas de cancer primitif, trouva 18 fois un seul poumon exclusivement atteint, et sur ces 18 cas, 13 fois il s'agissait d'un cancer du poumon droit, 5 fois d'un cancer du poumon gauche. Sur 31 cas rassemblés par Köhler[2], 23 fois un seul poumon était malade, à savoir : 15 fois le poumon droit, 8 fois seulement le poumon gauche. Le rapport du cancer du poumon droit à celui du poumon gauche serait donc de 2,5 à 2 contre 1, et le rapport entre le cancer unilatéral et le cancer double de 1,6 à 1,3 pour 1. Par contre, Bonnet[3], sur 37 cas, trouva 14 cas de cancer du poumon gauche contre 9 cas de cancer du poumon droit; dans les autres cas, le cancer était bilatéral ou bien occupait le médiastin. Les recherches auxquelles nous nous sommes livrés nous-mêmes donnent raison à ce dernier auteur : sur 19 observations rassemblées par nous, 8 fois le cancer occupait les deux poumons, 11 fois il était unilatéral; et sur ces 11 derniers cas, 6 fois le poumon gauche était seul atteint, le poumon droit était dans 5 cas le siège de la tumeur.

L'affection semble s'observer de préférence chez des sujets relativement jeunes; d'après les relevés de Hasse[4], elle atteindrait surtout les individus âgés de 20 à 30 ans. Sur 16 cas où l'âge était expressément spécifié, nous trouvons les chiffres suivants :

De 20 à 25 ans.	4 cas.
De 35 à 50 ans.	6 cas.
De 55 à 70 ans.	6 cas.

Dans l'enfance, le cancer pulmonaire est rare; il serait dans ce cas presque toujours secondaire; cependant Aldowic[5] a trouvé chez un enfant de 5 mois et demi le poumon et la plèvre farcis de noyaux cancéreux. Sutton[6] a vu chez une petite fille de 11 ans un énorme cancer médullaire du poumon gauche.

L'influence du sexe sur le développement de la maladie est très manifeste : Hasse, sur 22 cas trouva 17 hommes contre 5 femmes seulement. Sur nos 17 malades, il y avait 12 hommes et seulement

1. *Traité clinique des maladies de poitrine.*
2. Hertz, *Néoformations du poumon* in Ziemssen, 2e édition, t. V, p. 544.
3. *Ibid.*
4. *Ibid.*
5. *Lancet*, 1876.
6. Traduct. in *Union médicale*, 1869.

Digitized by Google

5 femmes. Si l'on étudie à la fois les conditions d'âge et de sexe, on voit que chez la femme la moyenne de l'âge a été de 29 ans, chez l'homme au contraire de 46 ; il semble donc que le cancer pulmonaire s'observe chez la femme à un âge beaucoup moins avancé que chez l'homme.

Au point de vue clinique, il est rare que le cancer du poumon soit caractérisé par des signes et une évolution qui en rendent le diagnostic facile (Woillez). Dans quelques cas, la maladie peut rester latente durant toute son évolution, ainsi que Walshe en a rapporté un exemple : il s'agit d'un homme atteint de folie mélancolique qui tomba dans la cachexie la plus profonde sans avoir jamais toussé, ni craché, ni présenté la moindre dyspnée; on trouva à l'autopsie les poumons farcis de produits cancéreux. Le plus souvent, cependant, l'affection se présente avec un ensemble de symptômes qui permettent de soupçonner, sinon d'affirmer avec certitude, la nature de la maladie : ce sont des douleurs lancinantes localisées en un point fixe de la poitrine ou irradiées vers les bras, les lombes et les flancs, une dyspnée permanente avec ou sans accès aigus, de la toux, des hémoptysies ou parfois cette expectoration gelée de groseilles regardée depuis Stokes et Marshall Hugues comme caractéristique du cancer pulmonaire; les engorgements ganglionnaires, cervicaux ou axillaires, les phénomènes de compression veineuse ou nerveuse, enfin les signes généraux de la diathèse cancéreuse et les données fournies par l'exploration du thorax. Il s'en faut malheureusement que l'on rencontre toujours ce tableau clinique au complet, et c'est là ce qui fait comprendre et excuser les nombreuses erreurs de diagnostic dans lesquelles tant de cliniciens sont tombés.

Il résulte de l'examen de nos 19 observations que l'un des symptômes les plus fréquents du cancer pulmonaire consiste dans l'existence de douleurs plus ou moins vives dans la région thoracique. Nous les trouvons en effet signalées 12 fois, et si l'on se reporte à l'observation de notre malade, on verra qu'elles ont présenté une ténacité remarquable que l'on n'observe guère dans d'autres affections de la plèvre et du poumon. Elles ont apparu chez elle dès le début de la maladie, ont résisté à tous les traitements, et vers les derniers jours de la vie elles se sont étendues au côté gauche en même temps que l'on constatait l'existence d'un épanchement pleural dans ce côté, jusque-là complètement indemne.

Digitized by Google

Immédiatement à côté de ces manifestations douloureuses, il faut placer la toux et la dyspnée, qui sont pour ainsi dire constantes, et que nous trouvons signalées dans toutes nos observations. Parfois la toux a été sèche, quinteuse, pénible; d'autres fois elle a été accompagnée d'une expectoration mucoso-purulente et surtout hémorrhagique (8 fois sur 19). Dans plusieurs observations, Walshe a trouvé au microscope des cellules cancéreuses dans les crachats, mais le fait le plus remarquable est celui de Lancereaux[1], où le malade rendit dans un effort de toux un fragment de tumeur du volume d'une noix, semblable à de la cervelle, et qui fit poser immédiatement le diagnostic de cancer encéphaloïde du poumon. Quant à l'expectoration gelée de groseilles, elle paraît être rare, car nous ne l'avons pas trouvée signalée; Darolles[2], d'ailleurs, la regarde comme exceptionnelle; pour lui, l'expectoration aurait le plus souvent les mêmes caractères que dans la bronchite.

On a attaché avec raison une grande importance à la présence de ganglions dégénérés soit à la région cervicale, soit à la région axillaire. Ce symptôme a existé chez 6 de nos malades; il est donc d'une fréquence relative et peut être très utile au diagnostic. Dans 10 cas, nous trouvons des accidents dus à la compression des organes voisins de la tumeur: œdèmes de la face, des membres supérieurs et même des quatre membres (compression des veines caves), raucité de la voix, cornage, toux coqueluchoïde, accès d'asthme nocturne, etc. (compression des nerfs récurrents et pneumogastriques). L'amaigrissement a été la règle dans toutes nos observations; quant à la teinte jaune-paille caractéristique des cancéreux, elle n'a été observée que deux fois; dans un cas enfin, on a noté l'existence de nodosités cancéreuses sous-cutanées.

Dans notre observation, le cancer s'est traduit principalement par la présence d'un épanchement hémorrhagique dans la plèvre correspondante à la lésion. Nous retrouvons le même accident dans 6 autres observations; c'est-à-dire qu'il s'observe dans le tiers des cas. L'existence d'une pleurésie hémorrhagique rebelle, se reproduisant immédiatement à la suite d'une thoracentèse et s'accompagnant de toux, de dyspnée, de douleurs thoraciques, d'amaigrissement, est donc une forte présomption en faveur d'une tumeur cancéreuse du poumon. Parfois cependant, l'épanchement

1. *Bull. de la Soc. anatomique,* 1858.
2. Thèse de Paris, 1877.

Digitized by Google

reste purement séreux et peut faire croire à une pleurésie simple; nous avons noté cette circonstance dans deux de nos observations.

L'évolution du cancer pulmonaire est généralement assez rapide. Sur 17 cas où la durée de l'affection a été notée, nous voyons que la mort est survenue 2 fois après 15 mois, 4 fois entre 8 et 12 mois, 4 fois entre 5 et 6 mois, 4 fois entre 3 et 4 mois; dans un cas, elle n'a pas dépassé 2 mois et demi. D'après Darolles, la durée habituelle serait de 8 à 11 mois, dans quelques cas, la mort ne serait survenue qu'au bout de 3 ou 4 ans. Hertz lui assigne comme durée moyenne 6 mois à 2 ans, rarement la maladie aurait mis 4 années à évoluer complètement; nous faisons abstraction, bien entendu, ici comme dans toute cette étude, des cas de cancer aigu dont l'évolution peut être beaucoup plus rapide[1].

FIÈVRE TYPHOÏDE D'INTENSITÉ MOYENNE; ABCÈS PÉRINÉPHRÉTIQUE SURVENU PENDANT LA CONVALESCENCE; INCISION ET DRAINAGE; GUÉRISON COMPLÈTE APRÈS SEPT SEMAINES.

Cette observation présente un exemple de phlegmon périnéphrétique développé pendant la convalescence d'une fièvre ty-

1. Voici la liste des observations que nous avons utilisées :

Lancereaux, *Bull. Soc. anat.*, 1858.
Descroizilles, *Bull. de Soc. anat.*, 1860.
Hyde-Salter, *in* thèse Darolles, 1868.
Sutton, *Union médicale*, 1869.
Russel, *Union médicale*, 1869, II.
Monod, *Bull. Soc. anat.*, 1869.
Béhier, *Gaz. des hôp.*, 1869.
Water, *Lancet*, 1871.
Liouville, Thèse de Camo.-Abdon, 1873.
De Valcourt, *Union médic.*, novembre 1874.
Havem et Graux, *Bull. de la Soc. de biologie*, 1874.
Moizard, *Bull. de la Soc. anatomique*, 1875.
Lancereaux, *in* thèse Darolles, 1876.
W. Gay, *Boston. Med. and Surg. journal*, janvier 1876.
Darolles, Thèse de Paris, 1877.
Leloir, *Bull. de la Soc. anatomique*, 1879.
Auvard, *ibid.*, 1882.
Jaccoud, *Progrès médical*, 1886.
Hautecœur, *Bull. de la Soc. anatomique*, 1886.

Digitized by Google

phoïde ; l'intérêt du fait réside en grande partie dans la rareté de cette complication; si elle s'observe avec une fréquence relative dans différentes maladies infectieuses telles que les fièvres éruptives graves, l'infection purulente, la fièvre puerpérale, au contraire, la fièvre typhoïde est reléguée au dernier rang de cet ordre de facteurs étiologiques : en effet, à part un fait dû à S. Duplay et mentionné partout, nous n'avons pu trouver aucune observation analogue à la nôtre dans les auteurs.

Louise P..., âgée de 34 ans, se présente le 3 février 1885 à la consultation de l'hôpital et est admise le même jour dans les salles. Depuis une quinzaine de jours, elle aurait perdu l'appétit, elle continua cependant à travailler jusqu'au 29 janvier où elle fut forcée de se reposer par suite de vertiges incessants. Elle aurait été, paraît-il, très maltraitée par son mari et quinze jours environ avant son entrée, elle aurait reçu dans la région lombaire un coup de pied qui détermina une douleur assez vive, laquelle cessa d'ailleurs au bout d'un jour. Le soir de son arrivée, la malade avait de la *fièvre* (temp. 40°2, pouls 124); elle était complètement égarée, ne comprenant pas les questions qu'on lui posait ou répondant de travers ; vers 10 heures, elle se leva brusquement en criant et se précipita sur la religieuse de service qu'elle décoiffa; on eut beaucoup de peine à la réintégrer dans son lit, où elle demeura cependant tranquille jusqu'au matin. Le 4 février, on constate les symptômes suivants : *langue blanche au milieu, rouge sur les bords, anorexie* complète, pas de diarrhée; respiration assez nette, sauf *quelques sibilances disséminées, abdomen un peu bouffi* sans taches rosées. Temp., matin, 38°2; pouls 100; temp., soir, 39°6; pouls 108. Il s'agissait donc d'une fièvre typhoïde accompagnée de phénomènes cérébraux; les jours suivants, la malade demeura assez calme, mais elle éprouvait fréquemment des hallucinations et était saisie d'accès de terreur quand les sœurs faisaient leurs rondes de nuit. La température oscillait entre 38°2 et 40°6, restant élevée matin et soir; l'appétit était supprimé; à plusieurs reprises, il se *produisit des selles diarrhéiques;* comme symptômes pulmonaires, on releva *des râles sous-crépitants dans les deux bases.* A partir du 16 février, la température était normale le matin, mais s'élevait le soir entre 38° et 39°; l'appétit était revenu depuis plusieurs jours; enfin, à dater du 11 mars, la fièvre disparut tout à fait, la température était normale matin et soir. La malade, se trouvant rétablie, demande à retourner chez elle et reçoit sa sortie le 15 avril.

Le 7 mai suivant, elle rentre au service et nous raconte que, 8 jours après sa sortie de l'hôpital, elle avait été prise d'une *douleur à l'aine gauche, irradiée en arrière dans le flanc,* qui l'empêchait de dormir et

Digitized by Google

de travailler. De plus, elle se plaint d'*accès de fièvre* le soir et de sueurs nocturnes. Enfin depuis sa convalescence elle est sujette à une constipation opiniâtre. Le 7 mai, on note : temp., matin, 38°; pouls 84; temp., soir, 39°3; pouls 96. *Douleur à la pression à l'aine gauche et à la région lombaire du même côté.* Facies anémique. Pas d'amaigrissement notable. Respiration nette, un peu rude à droite.

8 *mai.* Temp., matin, 37°4; pouls 80; temp., soir, 39°4; pouls 92. La malade se plaint de nausées et de douleurs lancinantes à l'estomac, en même temps que vers l'aine gauche. La pression éveille une douleur vive au-dessous du rebord costal gauche sur le prolongement du bord antérieur de l'aisselle. Les mêmes symptômes persistent sans modification les jours suivants : la température matinale se maintient entre 37° et 38°2, le soir elle s'élève à 39°6, 39°8 et même jusque 40°4. A plusieurs reprises, la malade prend 4 grammes d'antipyrine; la température est abaissée à la normale et au-dessous, mais cet effet ne se maintient pas et la fièvre reprend le lendemain sa marche habituelle. Le 15 mai, la douleur, d'abord diffuse dans le coté gauche avec irradiations vers l'hypogastre, se *localise en arrière au niveau de la région lombaire.* Le 20, la malade vomit à plusieurs reprises; le 21, on note à la base de l'aisselle droite quelques frottements pleuraux.

Jusque-là le diagnostic était resté en suspens : aucun symptôme ne permettait d'affirmer l'existence d'une tuberculose pulmonaire survenue dans la convalescence d'une fièvre typhoïde; et nous nous étions arrêtés à l'idée d'une fièvre de convalescence accompagnée d'une névralgie lombo-abdominale, lorsque le 26 mai on constate pour la première fois au niveau de la région rénale gauche, une *tumeur fluctuante* s'étendant en hauteur depuis les dernières côtes jusqu'à la crête iliaque et s'étendant transversalement jusqu'à une étendue de 6 centimètres en dehors des apophyses épineuses vertébrales. A ce niveau, la malade éprouvait une douleur avec une sensation d'engourdissement dans l'aine ; la pression directe n'était pas douloureuse. Aucune douleur à la pression des apophyses épineuses, pas d'élancements dans le membre inférieur. La formation de cette tumeur aurait été précédée de petits frissons, au dire de la malade, depuis quelques jours. Respiration un peu renforcée au sommet droit. Pas de vomissements; constipation habituelle. Temp., matin, 38°; pouls 88; temp., soir, 40°5; pouls 104.

29 mai. Temp., matin, 38°8; pouls 92; temp., soir, 39°2; pouls 120. La tumeur a augmenté de volume, les douleurs sont plus vives; *fluctuation très nette.* Une ponction pratiquée avec un trocart ordinaire donne issue à 460 centimètres cubes de pus.

30 mai. La malade se sent peu soulagée. Temp., matin, 38°6; pouls 100; temp., soir, 39°6; pouls 108.

2 juin. Temp., matin, 37°4; pouls 96; temp., soir, 38°6; pouls 100. La malade a vomi plusieurs fois les jours précédents; la tuméfaction

Digitized by Google

a augmenté; il est évident qu'il deviendra nécessaire d'ouvrir largement le foyer. Cette opération est pratiquée le 6 juin par M. le professeur Heydenreich; un litre de pus s'écoule de l'ouverture; deux drains sont placés dans la cavité de l'abcès et on établit un pansement antiseptique. Les suites de l'opération ont été très simples: la fièvre diminue (température normale le matin, ne dépassant pas 38°5 le soir), la malade se trouve mieux, mange avec appétit et reprend des forces. Le 8 juin, on *constate que les urines contiennent du pus:* l'analyse faite au laboratoire des cliniques donne les chiffres suivants: émission de 24 heures: 1,100 centimètres cubes, densité 1012. Réaction faiblement acide; dépôt examiné au microscope: globules de pus en abondance; urée 18gr,32, acide urique 0,44, chlore des chlorures 3gr,19, acide phosphorique total 0,49, albumine 0,27. La présence du pus dans les urines éveille l'idée d'une communication entre les calices et les bassinets et le foyer purulent.

Pour nous en rendre compte, nous poussons par l'un des drains dans l'abcès une injection fortement colorée à la fuchsine; on constate que les urines émises ensuite ne sont nullement colorées. Il s'agit donc d'une simple inflammation de voisinage et non d'une ouverture de l'abcès dans les voies d'excrétion de l'urine. A partir du 9 juillet, la malade peut se lever, les urines sont redevenues normales, la température est définitivement ramenée à la normale, les tubes à drainage sont enlevés le 23 juillet, et au bout de quelques jours la malade quitte l'hôpital complètement guérie.

En résumé, à la suite d'une fièvre typhoïde bénigne et signalée seulement par quelques symptômes d'exaltation cérébrale facilement explicables par l'état psychique antérieur de la malade, celle-ci est prise, après quelques jours de convalescence, d'une fièvre intense à exacerbation vespérale et d'une douleur vive irradiée de la région lombaire gauche vers l'aine correspondante. Ces symptômes persistent sans aucune modification pendant un mois environ et c'est alors que l'apparition à la région lombaire d'une tuméfaction progressive, accompagnée bientôt de fluctuation profonde, révèle l'existence d'une collection purulente considérable à ce niveau. Une ponction à l'aide d'un trocart ordinaire n'ayant pu suffire à vider complètement l'abcès, celui-ci fut incisé largement quelques jours après et donna issue à une grande quantité de pus. Les suites furent des plus simples et, malgré l'existence d'une pyélite de voisinage révélée par la présence du pus dans les urines, la malade guérit rapidement et sortit de l'hôpital trois mois environ après le début des premiers symptômes du phlegmon.

Digitized by Google

La marche et la durée de l'affection chez notre femme méritent de fixer l'attention : elles permettent d'établir d'une façon absolument positive qu'il s'est agi en réalité ici d'un phlegmon périrénal et non pas d'une simple collection purulente développée dans l'épaisseur des couches musculaires si puissantes de la région lombaire. Les auteurs évaluent la durée moyenne du phlegmon périnéphrétique à 3 à 5 mois; dans les cas les plus heureux, cette durée a été toujours supérieure à un mois; d'autre part, quand l'abcès s'ouvre à la région lombaire, on admet que l'écoulement purulent se maintient en moyenne pendant 6 à 7 semaines. On remarquera que ces chiffres sont absolument d'accord avec la durée de la maladie chez notre sujet : ici la suppuration après l'opération a persisté durant 47 jours; trois mois se sont écoulés depuis l'apparition des premiers symptômes jusqu'à la guérison; il est évident d'ailleurs que l'intervention chirurgicale a dû singulièrement abréger la durée de l'affection.

Cette concordance en même temps que l'existence d'une pyélite de voisinage caractérisée par la présence du pus dans les urines sans communication aucune avec la cavité de l'abcès établissent donc d'une manière positive le diagnostic qui fut porté de phlegmon périnéphrétique. Il nous paraît non moins évident que cette complication a été la conséquence immédiate de la fièvre typhoïde qui amena la malade dans notre service. Cette femme avait, il est vrai, reçu un coup assez violent dans la région lombaire quelques jours avant son entrée au service; mais ce traumatisme n'avait amené aucun accident, il n'y avait eu ni ecchymoses, ni hématurie, ainsi que cela se produit d'ordinaire en pareil cas, et d'ailleurs la douleur assez vive au début aurait cédé au bout de quelques heures, ce qui semble incompatible avec l'idée d'une lésion organique consécutive au traumatisme. Il existe des cas, il est vrai, et Guéneau de Mussy, en particulier, en a rapporté un exemple, où des abcès périnéphrétiques sont survenus plus ou moins longtemps après le traumatisme, alors que les symptômes initiaux avaient disparu très rapidement; mais ces observations, quelle que soit l'autorité des auteurs qui les ont publiées, sont sujettes à caution et il est toujours permis de se demander s'il n'est pas intervenu entre l'époque du traumatisme et l'apparition du phlegmon une cause quelconque passée inaperçue et ayant pu par elle-même donner lieu à la production de l'abcès. Cela est si vrai que Trousseau semble admettre que le traumatisme n'agirait dans ces

Digitized by Google

cas qu'en créant un *locum minoris resistentiæ*, et il inclinerait à penser « qu'en l'absence d'une contusion nouvelle, la fatigue, un effort ou l'action du froid sont venus réveiller une inflammation latente ».

Quand on songe, d'ailleurs, à la fréquence des inflammations suppuratives dans le cours ou dans la convalescence de la fièvre typhoïde, on admettra volontiers qu'il peut se faire, dans ces cas, des collections purulentes périnéphrétiques par le même mécanisme qu'il se forme des abcès dans le tissu cellulaire sous-cutané ou dans la profondeur des muscles, et il nous semble évident que le phlegmon périrénal doit être considéré dans l'observation que nous venons de relater comme consécutif à l'affection typhoïde bien plus qu'à une contusion médiocre.

Cette contusion a pu agir tout au plus en créant une diathèse locale, un *locum minoris resistentiæ*, qui, à la faveur de l'infection typhoïde, est devenu un foyer de suppuration.

DÉTERMINATION TUBERCULEUSE DANS LE CERVELET. GUÉRISON. VINGT-DEUX MOIS PLUS TARD, MÉNINGITE TUBERCULEUSE MORTELLE.

L'enfant Frey (Charles), âgé de 6 ans, est entré à l'hôpital, le 2 juillet 1885.

Antécédents héréditaires : La mère présente depuis quelques mois une toux sèche ; l'auscultation révèle chez elle une rudesse notable de la respiration dans les deux sommets avec retentissement de la voix du côté gauche. Cette femme a perdu, en mai 1884, une petite fille d'une tuberculose consécutive à une coqueluche ; une seconde a succombé, il y a 5 semaines, à une méningite ; cinq autres enfants sont encore vivants aujourd'hui. Le père est bien portant.

Antécédents personnels : Notre petit malade a eu, au mois de septembre 1883, une rougeole dont il guérit très bien. Quelque temps après il se plaignit, pendant trois ou quatre semaines, d'une *céphalalgie très vive* qui lui arrachait des cris plaintifs, sans aucun autre symptôme ; depuis ce temps, il éprouvait habituellement des douleurs dans le dos, qui persistèrent jusque dans ces derniers temps ; cependant il avait bon appétit et n'éprouvait aucun trouble digestif. Environ 19 jours avant son arrivée à l'hôpital, l'enfant fut pris de *fièvre*, de frissons, de *céphalalgie* accompagnée de *cris perçants* continuels sans constipation ni vomissements. Il continua cependant à se lever comme à l'ordinaire et l'appétit était conservé quand, au bout de 8 jours, le 23 juin à

Digitized by Google

4 heures du matin, il fut pris de *convulsions généralisées* qui persistèrent durant 4 heures, reparurent vers 10 heures du matin et revinrent ainsi tous les quarts d'heure jusqu'à 11 heures du soir, pour ne plus reparaître dans la suite. Le lendemain, l'enfant reprit connaissance, mais la fièvre continua avec *cris hydrencéphaliques* incessants, sans constipation ni vomissements.

État actuel : Tempérament lymphatique. Temp., matin, 38°2; pouls 114; resp., 32; temp., soir, 38°8; pouls 116. Agitation par instants. *Pupilles dilatées,* surtout à droite; *strabisme* interne de l'œil droit. *Mâchonnement.* Les traits de la face sont plus accusés à gauche; la *commissure labiale est tirée* vers la droite. Parfois on constate une *déviation conjuguée* des yeux et de la tête à gauche. Tendance à la *raideur* dans le coude et l'épaule gauches. Pas de paralysie des membres. Réflexes normaux. Sensibilité intacte. Ventre souple. Respiration nette. Raie méningitique très nette. *Cris hydrencéphaliques.* (Vessie de glace. Vésicatoire. Calomel.)

5 juillet. L'enfant a été assez calme pendant la journée du 4 et dans la nuit. Ce matin à la visite, il se produit quelques mouvements convulsifs partiels des deux côtés. Même état général; temp., matin, 36°6; pouls 128; temp., soir, 35°6; pouls 120; resp., 58.

6 juillet. Quelques convulsions dans les yeux et les membres pendant la journée d'hier. *Respiration de Cheyne-Stokes.* Les deux pupilles sont dilatées, surtout la droite. Face rouge, injectée. Grincements de dents; un peu d'écume à la bouche. Les deux membres supérieurs présentent un certain degré de raideur surtout à gauche; soulevés en l'air, ils retombent inertes; les membres inférieurs sont aussi en résolution. Les réflexes cutanés existent. Respiration un peu rugueuse. Temp., matin, 40°4; pouls, 172. Température de la journée: 11 heures du matin, rectum 40°2; aisselle 39°7; 4 heures du soir, rectum 42°5; aisselle 42°5.

Mort à 6 heures du soir. Température prise 10 minutes après la mort : rectum 43°, aisselle 41°7.

Autopsie. — Épanchement séreux abondant sous-arachnoïdien. Adhérences du lobe gauche du cervelet avec la dure-mère. Injection considérable des méninges à la face convexe du cerveau, avec *extravasations sanguines* par places, sans exsudat inflammatoire. En examinant par transparence des lambeaux de méninges, on constate l'existence de *granulations tuberculeuses* disposées le long des vaisseaux sous forme de traînées. A la base du cerveau, l'arachnoïde qui s'étend entre le pont de Varole et le chiasma est épaissie, la pie-mère est elle-même épaissie, vasculaire, présentant des ecchymoses par places, se décortique facilement, ne présente nulle part d'exsudat purulent. La protubérance et le bulbe sont intacts. La *partie antérieure du vermis supérieur est couverte de pus;* ce pus infiltre la

Digitized by Google

substance cérébelleuse dans une profondeur de 8 millimètres; au-dessous, ce tissu nerveux est induré, rougeâtre, parsemé de points hémorrhagiques. Dans le *lobe gauche du cervelet, vers la partie moyenne du vermis,* on rencontre un tubercule *jaune caséeux, assez dur, du volume d'un gros pois.* A la coupe du cerveau, on constate une distension considérable des ventricules par un liquide séreux. La substance blanche présente un piqueté hémorrhagique; aucune lésion des noyaux gris centraux.

Le cœur, le foie, la rate, les reins, ne présentent aucune altération.

Le poumon droit offre vers le milieu de sa languette antérieure un noyau dur, du volume d'un gros pois constitué par une masse caséeuse semblable à du mastic. Un autre tubercule plus petit existe sous la plèvre à la partie antérieure du lobe inférieur. Les lobes inférieurs des deux poumons sont congestionnés.

Cette observation de méningite tuberculeuse vulgaire présente quelques particularités intéressantes à mettre en relief. L'influence héréditaire apparaît ici d'une façon très nette : deux sœurs de notre malade avaient succombé, l'une à la suite d'une phthisie pulmonaire, l'autre à une méningite tuberculeuse; sa mère présentait elle-même les symptômes d'une tuberculose pulmonaire commençante. Mais le fait saillant de cette observation consiste surtout dans la marche de l'affection : deux ans environ avant le début des derniers accidents, le petit malade avait présenté *une céphalalgie très vive persistante* durant *3 ou 4 semaines, accompagnée* de cris *d'apparence hydrencéphalique.* Bien qu'à cette époque aucun autre symptôme ne se soit ajouté aux précédents, il nous semble rationnel d'admettre qu'il s'est fait là une première poussée tuberculeuse intracrânienne, et ce qui confirme encore cette idée, c'est l'existence reconnue à l'autopsie d'un gros *tubercule ancien,* jaune, caséeux, dans l'un des lobes cérébelleux. Il paraît donc évident que la tuberculose méningo-encéphalique, tout comme la tuberculose pulmonaire, soit susceptible de s'arrêter dans son évolution et peut-être même de guérir définitivement. Il existe d'ailleurs dans la science des exemples incontestables de disparition complète d'accidents cérébraux liés, d'après tous les symptômes, à une détermination tuberculeuse. Si rares que soient les faits de ce genre, ils montrent que la tuberculose encéphalique n'est pas, comme le proclamait Camper, un *immedicabile vitium;* notre observation nous semble démonstrative à cet égard, puisqu'elle nous montre une méningite tuberculeuse sur-

Digitized by Google

venue chez un sujet guéri d'une première localisation de la tuberculose dans le cervelet. Dans l'encéphale, comme dans le poumon, comme dans les autres organes, une tuberculose locale circonscrite peut s'arrêter dans son évolution et se concilier avec un état de santé parfaite. Mais la diffusion des lésions dans les méninges et la production d'une méningite concomitante ou d'une encéphalite entraînent la mort. Le tubercule cérébral ou méningé sans méningite est curable, avec ou sans infirmité, suivant le siège de la lésion ; la méningite tuberculeuse est mortelle.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'INTOXICATION DIABÉTIQUE.

De même que le défaut d'élimination des matériaux toxiques de l'urine dans les néphrites ou des produits de désassimilation des cellules hépatiques dans certaines maladies du foie, détermine les intoxications qu'on désigne, plus ou moins improprement, sous le nom d'urémie et de cholémie, de même l'opinion la plus répandue attribue les accidents connus sous le nom d'acétonémie, de coma diabétique, à un véritable empoisonnement causé par la rétention dans le sang des produits de transformation du sucre dans l'économie. Quelle est dans le diabète la nature de l'agent toxique ? Est-ce l'acétone, comme l'admettent Kussmaul, Petters et Kaulich, Bourneville et Teinturier, Lécorché, Foster, etc. ? Sont-ce l'acide éthyldiacétique de Gerhardt, Geuther, Rupstein, l'acide acétylacétique ou leurs sels de soude, etc. ? Sont-ce enfin d'autres substances corrélatives de la formation du sucre ou de sa combustion au sein de l'organisme ? Jusqu'à présent, nous l'ignorons complètement et nous ne connaissons guère de ces accidents singuliers que leur évolution clinique.

Ce qui semble démontré aujourd'hui, dans tous les cas, c'est que la doctrine de l'acétonémie ne rend pas compte suffisamment des phénomènes observés et qu'on est en droit de se demander si la présence de l'acétone dans les liquides organiques n'est pas, en raison même de son inconstance, un effet secondaire plutôt que la cause même des accidents dits comateux. Le terme d'acétonémie appliqué à ces accidents terminaux du diabète, n'est donc pas plus exact que celui d'urémie donné à l'intoxication urinaire. Le mot de coma diabétique ne répond pas non plus à la totalité des observations ; ainsi qu'on le verra par la lecture attentive des trois faits que nous allons relater, le coma peut faire

Digitized by Google

défaut complètement ou bien n'apparaître que comme phénomène ultime, aussi nous proposons de substituer à l'expression de coma diabétique celle d'*intoxication diabétique,* qui a l'avantage d'être plus compréhensible et de ne rien préjuger ni sur la symptomatologie clinique, ni sur la nature de l'agent toxique.

Obs. I. — *Diabète sucré à marche rapide terminé, au bout de 8 à 9 semaines, par le coma précédé de troubles cardio-pulmonaires, sans symptômes abdominaux.*

G... (Louis), 44 ans, terrassier, entré le 11 juillet 1884 à l'hôpital civil. Cet homme, habituellement bien portant, se dit malade depuis environ 2 mois; l'affection aurait débuté par une soif vive, se produisant principalement pendant la journée et cessant la nuit. Au début, le malade pouvait se contenter de 2 litres de liquide; peu à peu, il arriva à ingurgiter 4 ou 5 litres d'eau par jour. Il n'a pas remarqué qu'il urinât davantage et que les urines laissassent des taches spéciales sur son linge. Il aurait eu, vers la même époque, des démangeaisons assez vives sur tout le corps; elles ont cessé aujourd'hui. L'appétit s'est d'abord maintenu normal; il n'y avait pas de polyphagie; depuis un mois, le malade a contracté un dégoût prononcé pour les aliments féculents, il mange encore de la viande, mais seulement de la viande bouillie; il dit avoir maigri de 5 kilogrammes depuis 2 mois, et se plaint d'une sensation de sécheresse continuelle de la bouche.

État actuel : Au jour de l'entrée : temp., 36°; pouls, 80; resp., 30. Urines (pour 16 heures), 3800 centimètres cubes; densité, 1038, contenant une notable quantité de sucre. Émaciation notable. Langue un peu grisâtre. Anorexie, digestions habituellement bonnes. Réaction acide de la salive. Le foie descend jusqu'à l'ombilic, dépassant l'appendice xiphoïde de quatre travers de doigt; il est dur, sans bosselure appréciable. Rien de spécial du côté du cœur. Sonorité thoracique normale, respiration nette à droite, expiration renforcée et légèrement prolongée au sommet gauche. Aucune douleur; sensibilité normale. Aucun phénomène général.

12 juillet. Urines, 6500; densité, à 15°, 1027. Réaction acide; dépôts nuls. Urée, 31gr,94. Acide urique, 2,92. Glucose, 394,87. Albumine, néant. Le produit de la distillation fractionnée donne la réaction de l'iodoforme qui appartient autant à l'acétone (Jacks) qu'à d'autres substances indéterminées.

13 juillet. Le matin, à la visite, le malade ne présentait rien d'inaccoutumé; le taux des urines émises du 12 au 13, pendant la période des 24 heures, avait été de 5600 centimètres cubes. Mais, vers midi, le malade présenta tout à coup de l'agitation; il se retournait dans son lit et se découvrait constamment. Cependant, il ne se plaignait d'au-

Digitized by Google

cune douleur; il causa avec sa femme jusque vers 4 heures, puis tomba dans la somnolence. Le soir, à 8 heures, l'agitation augmente, le malade veut se jeter par la fenêtre; le pouls est filiforme, et impossible à compter à la radiale. Aucune douleur abdominale ne s'est manifestée; le malade n'a bu dans la matinée qu'environ 500 grammes de liquide; à 9 heures du soir, il a accepté encore un peu de tisane, puis la respiration est devenue très haletante et un peu bruyante; à 11 heures du soir, convulsions limitées aux globes oculaires; à 3 heures et demie du matin, commencement de la période agonique; mort à 8 heures, sans que le malade ait recouvré connaissance. — L'autopsie n'a pu être faite.

Il s'agit donc, dans cette observation, d'un diabète à évolution rapide, terminé au bout de huit à neuf semaines par des phénomènes d'intoxication diabétique. La durée de cette période finale n'a pas dépassé 20 heures. Une agitation vive, à peine interrompue par quelques heures de somnolence, en a été le premier symptôme; cette agitation devient bientôt excessive et s'accompagne d'un pouls filiforme et d'une respiration haletante, enfin au bout de 15 heures environ apparaît le coma qui constitue le phénomène ultime. Ce qu'il y a de remarquable dans ce cas, c'est l'absence de symptômes gastriques et abdominaux; le poison semble avoir agi d'emblée sur le cerveau et sur les centres d'innervation cardiaque (faiblesse du pouls) et respiratoire.

Obs. II. — *Diabète évoluant en 45 jours et mort par intoxication diabétique en 4 jours.*

Le nommé P... (Victor), ajusteur, âgé de 22 ans, se dit malade depuis environ 20 jours. L'affection aurait débuté par une soif ardente qui le forçait à absorber 4 ou 5 litres d'eau par jour, chose d'autant plus insolite qu'il n'avait jamais été grand buveur. Cinq jours après l'apparition de ce premier et unique symptôme, le malade fit de copieuses libations à l'occasion de la fête de saint Éloi, et dès lors la maladie s'accentua; à la polydipsie se joignit de la boulimie, une lassitude générale dans les membres, un amaigrissement rapide; la vision resta d'ailleurs normale; la peau ne devint le siège d'aucune démangeaison; jamais le malade ne s'est plaint ni de névralgies ni d'aucun autre trouble de sensibilité.

A son entrée (12 décembre 1882), on note les phénomènes suivants: Temp., 36°; pouls régulier, 52. Urines des 24 heures, 3600 centimètres cubes; densité, 1044, contenant du sucre en abondance. Respiration nette. Pas d'hypertrophie du foie. Estomac un peu dilaté; la sonorité stomacale descend jusqu'à un travers de doigt au-dessus de

Digitized by Google

l'ombilic, et on perçoit un bruit de clapotement. Aucun trouble digestif. Comme phénomènes généraux, un peu de fatigue et de lassitude générale. Poids du corps, 57^{k},5. (Régime azoté absolu.)

13 décembre. Urines, 4900; densité, 1045; urée, 63^{gr},97; glucose, 418^{gr},95.

14 décembre. Urines, 5500; densité, 1038; glucose, 398^{gr},75.

15 décembre. Urines, 6080; densité, 1038; urée, 83^{gr},76; glucose, 436^{gr},02. (Bromure de potassium, 6 grammes.)

16 décembre. Urines, 9000; densité, 1037; sucre, 560; urée, 92^{gr},64.

17 décembre. Urines, 9000; densité, 1037,

18 décembre. Urines, 6800; densité, 1037; glucose, 535^{gr},50; urée, 39^{gr},84. (Poids du corps, 57 kilogr.)

19 décembre. Urines, 8700; densité, 1036; glucose, 622^{gr},48; urée, 90^{gr},13.

20 décembre. Urines, 6400; densité, 1037; glucose, 409^{gr},75; urée, 80^{gr},70. (Bromure de potassium, 8 grammes.)

21 décembre. Urines, 10000; densité, 1036; sucre, 767^{gr},2; urée, 60^{gr},60. Urines à réaction neutre.

22 décembre. Urines, 10000; densité, 1038; glucose, 810 grammes; urée, 85^{gr},60.

23 décembre. Urines, 8000; densité, 1035; glucose, 568^{gr},80; urée, 54^{gr},8. (Poids du corps, 56 kilogr.)

24 décembre. Urines, 9000; densité, 1033.

25 décembre. Urines, 7000; densité, 1035.

26 décembre. Urines, 6000; densité, 1037.

27 décembre. Urines, 5500; densité, 1037; glucose, 423^{gr},22; urée, 44^{gr},66. (Extrait thébaïque, 10 centigrammes.)

28 décembre. Urines, 5000; densité, 1040; glucose, 378 grammes; urée, 60^{gr},80.

29 décembre. Urines, 6000; densité, 1039; glucose, 432 grammes; urée, 76^{gr},26.

30 décembre. Urines, 7500; densité, 1038; glucose, 485^{gr},25; urée, 82^{gr},37. Poids du corps, 54 kilogrammes et demi. (Extrait thébaïque, 15 centigrammes.) Pendant les vacances du nouvel an, les urines n'ont pas été analysées.

4 janvier. Urines, 6000; densité, 1038; glucose, 453^{gr},84; urée, 54^{gr},36. Constipation depuis 4 jours. Sécheresse de la langue et de la bouche; soif vive. Quelques douleurs diffuses dans le bas-ventre ce matin. (Lavement laxatif.)

5 janvier. Urines, 6000; densité, 1037; glucose, 453^{gr},84; urée, 54^{gr},36. Selle peu copieuse à la suite du lavement. Inappétence depuis 2 jours. Même sensation de sécheresse de la bouche; le malade n'a pu dormir la nuit, il se plaint de douleurs abdominales, d'éructations fréquentes, de cuisson à l'épigastre.

Digitized by Google

6 janvier. Urines, 3000; densité, 1036; glucose, 411gr,72; urée, 51gr,36. Insomnie pendant la nuit dernière. La douleur stomacale persiste, plus aiguë que la veille; nausées et régurgitations. Le soir, la douleur a encore augmenté et est devenue intolérable; elle s'accompagne de lancées dans l'hypogastre; le malade a continué à éprouver des nausées et des éructations; il a eu deux petits vomissements dans l'après-midi. La langue est sèche; le malade n'a pas eu de selles depuis le 4.

Vers 8 heures du soir, la respiration est devenue anxieuse, bruyante, le thorax se dilate largement. Le murmure vésiculaire est très net dans toute l'étendue des poumons, et ne s'accompagne pas de bruits anormaux. Le malade est pâle, mais sans cyanose; il est très agité et change à tout moment de position; il se plaint surtout d'une grande oppression. Temp., 36°; pouls, 100, petit; resp., 32, régulière.

7 janvier. Urines, 2400; densité, 1037. Insomnie persistante. Pendant la nuit, la douleur épigastrique a été excessive, accompagnée de vomissements aqueux fréquents. Vers 3 heures du matin, le malade s'est plaint d'un point de côté, fugace d'ailleurs, vers l'aisselle droite, au 8e espace. La respiration est restée pénible et bruyante comme la veille au soir. Le matin, facies grippé, teint blême, yeux excavés, nez effilé, extrémités fraîches, anxiété extrême. Température, 35°8; pouls, 110, petit, dépressible, régulier. Respiration (30 resp. par minute) haletante, profonde. Toutes les forces inspiratoires entrent en action; la poitrine se dilate largement; l'inspiration et l'expiration sont bruyantes, sans râles trachéaux. Rien de particulier à l'auscultation. Le malade n'ayant pas uriné depuis hier soir, on retire avec la sonde environ 500 grammes d'urine claire contenant beaucoup de sucre, mais pas d'albumine. Pas d'odeur d'acétone, ni dans l'urine, ni dans les matières vomies, ni dans l'air expiré. L'intelligence est parfaitement nette, le malade répond bien aux questions et se plaint d'une douleur cuisante au-dessus de l'ombilic, survenant surtout dans les efforts de vomissement. Le ventre est plat et rétracté, la palpation de l'abdomen n'est pas douloureuse. Pas d'œdème, pas de battements de cœur.

Pendant la journée, le malade reste dans le même état L'agitation diminue peu à peu et le malade finit par demeurer assez tranquille dans son lit, en faisant de temps à autre de grands mouvements respiratoires. A la suite d'une injection de morphine faite le matin, il a dormi un peu vers une heure et a pu prendre à son réveil un peu de vin de Champagne. Dans l'après-midi, il a eu un peu de délire, cependant il a reconnu ses parents venus pour le voir, mais sans leur parler. Les vomissements ont cessé. Le soir, à 6 heures, on le trouve dans le même état; facies hippocratique, hypothermie (35°6); respiration à 32, suspirieuse; pouls, 110, petit, régulier, filiforme. Constipation

Digitized by Google

persistante, urines involontaires. Pas d'odeur d'acétone. Le malade est tranquille et tient ses mains appliquées sur l'abdomen comme s'il y ressentait de vives douleurs. L'intelligence paraît avoir persisté jusque vers 7 heures et demie; le malade tombe alors dans le coma et succombe à 3 heures du matin.

Autopsie (31 heures après la mort). — *Péritoine* normal. — *Estomac* légèrement dilaté; rempli d'eau, il pèse 3k,670; son contenu est jaunâtre, grumeleux, sans odeur spéciale. Muqueuse intacte. — *Intestins* sains. — *Reins :* poids, 140 grammes. Décortication facile. Substance corticale décolorée, pyramides brun foncé. — *Rate* normale, sauf la présence dans le parenchyme de quelques nodules crétacés. — *Foie* d'aspect brunâtre, un peu brillant, friable et congestionné. Vésicule remplie de bile verte. L'aspect lobulé a disparu. Poids, 1,500 grammes. Longueur, 25 centimètres; hauteur (lobe droit), 18 centimètres. — *Cœur* intact. — *Poumons :* congestion des lobes inférieurs; quelques adhérences pleurales anciennes à gauche. — *Larynx* sans altération. — *Cerveau :* pas d'œdème sous-arachnoïdien; pas d'injection des méninges qui se décortiquent facilement. Tissu cérébral ferme, non altéré. Aucun organe, aucun liquide ne dégagent l'odeur de l'acétone.

L'analyse chimique de l'urine des derniers jours, du sang et des liquides organiques au point de vue de la recherche de l'acétone a été négative.

Comme dans le cas précédent, l'évolution du diabète chez ce malade a été très courte. Au bout de 42 jours, éclatèrent subitement les phénomènes d'intoxication qui ont duré environ quatre jours. Depuis une dizaine de jours, ses urines avaient une tendance à diminuer de quantité, mais ce n'est que le troisième jour de la période terminale que cette diminution fut réellement considérable. De 6000 à 10000, le taux des urines descendit jusqu'à 3000 centimètres cubes, la quantité de sucre quotidiennement éliminée s'abaissa également et tomba de 500 grammes en moyenne à 209 grammes. Le début des accidents fut marqué par une constipation assez opiniâtre, bientôt suivie d'accidents gastriques, douleurs épigastriques, éructations, nausées, etc., qui allèrent en augmentant et s'accompagnèrent le troisième jour d'oppression, d'une respiration profonde, d'hypothermie et de collapsus. Vers le quatrième jour, l'aspect du malade rappelait à s'y méprendre le tableau de la péritonite par perforation, mais ce qui excluait cette idée, le ventre était plat, rétracté, indolore à la pression. La période de coma ne survint que 7 à 8 heures avant la mort;

Digitized by Google

la désignation de coma diabétique attribuée à cette variété d'accidents ne donnerait donc pas une idée exacte de la physionomie clinique de la maladie.

Obs. III. — *Hystérie datant de 4 ans. Diabète sucré, évolution en 5 semaines. Mort par intoxication diabétique.*

V... (Julie), âgée de 32 ans, est entrée à l'hôpital civil le 28 octobre 1886. Antécédents héréditaires inconnus. Antécédents personnels : la malade a eu à l'âge de 18 ans une bronchite qui dura un an ; et à l'âge de 22 ans, une seconde bronchite qui guérit au bout de 4 mois. Depuis cette époque, elle tousse et crache tous les hivers, elle a même rendu, il y a deux ans, quelques crachats striés de sang. Mariée à l'âge de 28 ans, elle accoucha la même année d'un enfant qui a succombé depuis. A dater de son mariage, elle vécut au milieu de frayeurs et d'émotions continuelles, son mari étant atteint du délire de persécution, et bientôt se déclarèrent de véritables crises hystériques. Elles débutaient par une sensation vive de chaleur dans tout le corps, puis au bout de quelques minutes cette *aura* se localisait sous forme d'une douleur épigastrique qui remontait vers la gorge et s'accompagnait d'une sensation de strangulation ; alors la vue s'obscurcissait et la malade perdait connaissance, puis au bout de quelques instants, commençaient des convulsions des globes oculaires, du trismus et des mouvements cloniques dans les membres. L'attaque durait environ un quart d'heure, la malade revenait alors à elle ; jamais, dans ses accès, il ne se produisit de morsure de la langue. Il y a deux ans, la malade a éprouvé une douleur très vive dans le bras gauche avec fourmillements et anesthésie au niveau des doigts. Depuis deux ans aussi, elle mangeait peu, avait des digestions pénibles accompagnées de nausées, d'éructations, de régurgitations amères, elle était habituellement constipée. Depuis un an, la malade a perdu le sommeil : elle n'avait pas, dit-elle, depuis cette époque, dormi deux heures en tout. Enfin l'hiver dernier, la malade a été atteinte d'une névralgie faciale droite qui disparut tout à coup et s'est montrée à nouveau il y a deux jours.

La maladie actuelle semble remonter à six semaines. La malade éprouva alors une céphalalgie frontale irradiée jusqu'à l'occiput et si violente qu'elle ne pouvait plus distinguer les objets : en même temps, elle éprouvait une soif intense, jusqu'à absorber 15 à 18 litres d'eau par jour, et une faim insatiable, symptômes qui persistent encore quoiqu'à un moindre degré. En même temps, la langue était sèche, la bouche pâteuse, sans saveur sucrée particulière ; la peau était le siège de démangeaisons, qui ont cessé d'ailleurs depuis 8 jours ; la miction était fréquente, les urines très abondantes. Depuis le début,

Digitized by Google

la malade a considérablement maigri ; elle éprouve des vertiges fréquents ; chaque fois qu'elle tourne la tête, il lui semble qu'elle va tomber ; de temps à autre, battements de cœur passagers.

État actuel (29 octobre) : Émaciation considérable. Apyrexie. Tempérament lymphatique. Constitution délicate. Facies déprimé. Langue chargée d'un enduit épais, grisâtre. Abdomen un peu bouffi, indolore. Persistance des troubles digestifs signalés plus haut. Urines de densité 1036, sans albumine, fortement chargées de sucre. Clavicules saillantes. Sonorité thoracique normale en avant. Sous la clavicule droite, respiration un peu rude. En arrière, submatité au sommet droit avec respiration rude et prolongée à ce niveau. Pas de sueurs nocturnes, pas de toux ni d'expectoration. Leucorrhée abondante. Menstruation assez régulière ; depuis quelques mois, chaque époque est précédée de malaises. Pas d'ovarialgie. Crampes fréquentes, surtout la nuit, au niveau des malléoles et des orteils. Émergences des trijumeaux douloureuses à la pression.

30 octobre. Urines, 4000 ; densité, 1037. Depuis hier soir jusqu'à ce matin, la malade s'est plainte d'une douleur vive s'irradiant du sternum sous le sein, jusque vers l'omoplate gauche, et descendant le long de l'aisselle jusqu'à l'épine iliaque et le pubis, douleur tantôt pongitive, tantôt lancinante. La pression éveille une douleur vive depuis le 3e espace jusqu'à la région abdominale ; quand la douleur est trop violente, elle s'accompagne d'une sensation de constriction à la gorge.

31 octobre. Urines, 4000.

1er novembre. Urines, 8400 ; densité, 1037.

2 novembre. Urines, 6000.

3 novembre. Urines, 2000. Les douleurs thoraciques et abdominales calmées hier matin par suggestion ont reparu dans l'après-midi. Ce matin, la malade est un peu anxieuse, la respiration haletante. Les règles se sont établies depuis deux jours et ne présentent rien d'anormal.

4 novembre. Urines, 3800 ; densité, 1037. Les douleurs ont disparu hier par suggestion comme la veille, et la nuit s'est passée tranquille. Ce matin, douleur sus-orbitaire très vive, douleur violente à partir du 4e espace intercostal gauche, irradiée sur l'abdomen. *Depuis hier, la malade vomit tout ce qu'elle prend.*

5 novembre. Constipation depuis 6 jours. Urines, 3200 ; densité, 1033. Depuis hier soir, l'haleine exhale une odeur intense de chloroforme. Les vomissements sont incessants. Respiration anxieuse, profonde, un peu bruyante (30 resp. par minute). Pouls, 112, petit, dépressible, régulier. Rien de spécial à l'examen du cœur et des poumons. Douleurs vives dans la région épigastrique et dans les reins. Intelligence très nette, la malade répond bien aux questions. Température normale. Le soir, à 6 heures, on constate que les vomissements ont cessé ; l'intelligence est toujours nette, la respiration est stertoreuse.

Digitized by Google

De 8 heures à 9 heures du soir, agitation très vive avec mouvements convulsifs, qui se reproduit encore entre 11 heures et minuit. A une heure du matin, la malade succombe *sans avoir un seul moment perdu connaissance.*

Autopsie. — *Poumons :* Pas de tubercules. Emphysème notable des deux sommets, congestion des lobes inférieurs. — *Cœur :* diamètre transversal, 11 centimètres; hauteur, 9 centimètres et demi; épaisseur de la paroi : côté gauche, 15 millimètres; côté droit, 5 millimètres. Valvules saines. — *Foie :* largeur, 20 centimètres; hauteur (lobe droit), 15 centimètres. Congestion assez marquée, coloration un peu foncée, consistance ferme, lobulation effacée. — *Rate :* longueur, 12 centimètres et demi; largeur, 6 centimètres. Consistance ferme, coloration pâle. — *Reins :* longueur, 10 centimètres. Décortication facile. Substance corticale pâle, mesurant un centimètre d'épaisseur moyenne; substance pyramidale rouge foncé.

Le *sang* du cœur et des gros troncs veineux envoyé au laboratoire des cliniques est acidulé par l'acide tartrique, puis distillé; on recueille 25 centimètres cubes de liquide qu'on soumet aux réactions suivantes :

1° Potasse et iode : production immédiate d'iodoforme.

2° Acide sulfurique et acide butyrique : pas de butyrate d'éthyle.

3° Réactif sulfurosanilique : coloration violette.

Conclusion. — Présence nettement caractérisée de l'acétone, absence d'alcool.

En résumé, il s'agit ici d'un diabète sucré survenu chez une femme hystérique, ayant parcouru son évolution dans l'espace de 7 semaines et terminé par des symptômes d'intoxication diabétique. La parenté du diabète et de l'hystérie est mal établie jusqu'à présent. D'après Seegen et Marchal, on constaterait souvent le diabète chez des individus dont les ascendants ont présenté des maladies nerveuses; Durand-Fardel, Niepce et Marchal, de Calvi, signalent l'influence des névroses, de l'hystérie, de l'épilepsie, de l'aliénation sur la production du diabète[1]. Mais la fréquence même de ces états morbides comparée à la rareté de leur association au diabète semble montrer que cette parenté est au moins douteuse. Signalons cependant la polyurie nerveuse des hystériques qui prouve bien l'influence de cette névrose sur la sécrétion urinaire. Quoi qu'il en soit, la physionomie clinique des accidents ultimes a présenté chez notre malade quelques particularités dignes d'intérêt. Deux jours avant leur apparition, les urines avaient

1. Boinet, Thèse d'agrégation, 1886 : *Des Parentés morbides.*

Digitized by Google

diminué de quantité et avaient baissé de 8000 et 6000 centimètres cubes à 2000, 3800, 3200 centimètres cubes ; la densité, non modifiée d'abord, descendit le dernier jour de 1037 à 1033. On peut donc légitimement admettre que le défaut d'élimination du sucre a déterminé la rétention dans le sang de produits toxiques, dérivés du glucose et qu'il s'en est suivi un véritable empoisonnement. Cette observation ne justifie nullement l'expression consacrée de coma diabétique. Les vomissements incessants et l'odeur d'acétone de l'air expiré ont été les premiers symptômes constatés ; une douleur vive à l'épigastre, une respiration anxieuse et pénible, puis des mouvements convulsifs dans les membres, tels sont les phénomènes qui se sont successivement déroulés sous nos yeux. La mort survint au bout de 2 ou 3 jours ; la malade avait conservé son intelligence jusqu'à la fin ; il paraît donc, d'après ce fait, exister une forme non décrite encore d'intoxication diabétique sans coma.

Considérations générales.

Dans nos trois observations, les accidents ont fait leur apparition de bonne heure, 40 jours dans un cas, 6 à 9 semaines dans un autre, 8 à 9 semaines dans le troisième. La précocité des accidents toxiques est en effet généralement observée. Sur 35 cas où le début du diabète était exactement spécifié, 6 fois le coma survint au bout de deux mois, 2 fois au bout de 3 mois, 2 fois après 4 mois, 4 fois après 6 mois, 2 fois au bout de 8 mois, 2 fois après 10 mois, 6 fois au bout d'un an. Dans 5 cas, les accidents ultimes apparurent seulement dans la deuxième année du diabète ; dans 4 cas, dans la troisième année, enfin dans 2 cas seulement, le coma diabétique n'apparut qu'au bout de 6 et 7 ans. En résumé, sur ces 35 cas, 24 fois la mort survint dans le cours de la première année du diabète[1]. Sur 32 observations rassemblées par Cyr, 9 fois le diabète n'était reconnu que depuis un an, 2 fois il était ignoré et le coma en fut le symptôme initial[2].

La durée des accidents dans nos trois cas a été de 20 heures dans l'un, de 4 jours dans un autre, de 2 à 3 jours dans le dernier.

Sur 42 cas examinés à ce point de vue par Hagen, la durée moyenne n'a pas dépassé 3 jours (33 fois) ; dans un cas, la mort

1. Hagen, Thèse de Nancy. 1884.
2. Voy. Thèse d'agrégation de Dreyfous. 1883.

Digitized by Google

est survenue au bout de deux heures; dans 5 cas seulement elle a dépassé 4 jours. Nos observations sont donc conformes à la règle générale.

L'étude clinique des diverses formes de l'intoxication diabétique est aujourd'hui bien connue, aussi nous n'insisterons que sur quelques particularités relevées dans nos observations.

Parmi les symptômes prodromiques qui peuvent faire redouter l'invasion des accidents mortels, il faut signaler la constipation prolongée. Chez deux de nos malades, elle a précédé, de 4 jours dans un cas, de 6 jours dans l'autre, la maladie confirmée. Teschemacher avait déjà appelé l'attention sur ce fait[1]; il cite deux cas où les accidents succédèrent à une constipation de quelques jours et même, d'après lui, la constipation prolongée suffirait à faire éclore les accès terminaux.

D'autre part, la diminution dans la quantité des urines joue également un rôle important parmi les phénomènes prémonitoires de l'intoxication. Tantôt la quantité des urines est seule modifiée, d'autres fois la densité elle-même s'abaisse. Nous avons relevé ce fait chez deux de nos sujets, d'où cette conclusion pratique : qu'il n'est pas toujours prudent de diminuer, par des moyens thérapeutiques, la sécrétion urinaire chez les diabétiques, car une glycosurie restreinte peut engendrer une hyperglycémie et par suite une intoxication. Le problème à résoudre consisterait à restreindre non pas l'élimination du sucre, mais sa formation; en d'autres termes, la diminution du sucre urinaire doit marcher de pair avec la diminution du sucre dans le sang; malheureusement, nous manquons encore de procédés pratiques pour évaluer cliniquement cette dernière quantité.

Enfin, la présence de l'acétone soit dans l'air expiré, soit dans les urines, peut mettre sur la voie du diagnostic de l'intoxication. Cette odeur caractéristique est relevée par Hagen dans 20 observations, nous l'avons rencontrée chez la malade qui fait l'objet de notre troisième observation et l'analyse chimique a révélé en outre la présence de ce produit dans le sang. Dans les deux autres cas, ce symptôme a fait défaut; cependant dans l'observation I, l'analyse de l'urine a donné la réaction de l'iodoforme. La présence de l'acétone est donc un phénomène inconstant, mais qui présente, quand il se rencontre, une réelle valeur diagnostique.

1. *Berlin. Klin. Wochenschr.*, n° 31. 1881.

Digitized by Google

Les phénomènes divers qui constituent la symptomatologie de l'intoxication diabétique portent sur différents organes :

1° Les fonctions digestives sont souvent les premières atteintes; dans deux de nos observations, nous trouvons notés des vomissements, des éructations, du pyrosis, des douleurs à l'épigastre et à l'hypochondre. Ces symptômes peuvent même occuper la première place de la scène morbide et constituer une forme gastrique ou même péritonitique, ainsi que notre seconde observation nous en a présenté un bel exemple. Au contraire, ces symptômes gastriques ont fait totalement défaut dans la première observation.

2° Les troubles respiratoires consistent en une dyspnée spéciale sans lésion pulmonaire appréciable et évidemment de nature nerveuse. Cette dyspnée est parfois précoce : dans deux de nos observations, elle a suivi les symptômes gastriques; dans l'autre, elle a été également consécutive à l'excitation cérébrale. Cette dyspnée paraît être un phénomène constant, elle n'aurait fait défaut dans aucun des cas publiés du coma diabétique.

3° Les symptômes cardiaques, très accentués chez deux de nos malades, consistent surtout dans la cyanose, l'hypothermie, la faiblesse du pouls, le collapsus.

4° Enfin dans la sphère cérébrale, on observe du délire, de l'excitation, des convulsions et du coma. Ce coma est souvent précoce, succédant très rapidement aux douleurs épigastriques; parfois, comme dans nos deux premiers cas, il n'a joué qu'un rôle secondaire et n'est apparu que pour clore la scène morbide; rappelons de nouveau qu'il a fait totalement défaut dans la troisième observation.

En résumé, le poison diabétique comme tous les poisons a une prédilection spéciale pour certains organes; il se localise dans le cerveau et atteint plus spécialement les différents centres d'innervation, centres cardiaque, respiratoire, gastrique. Peut-être aussi peut-il agir sur les nerfs périphériques, comme le prouveraient les névralgies si fréquentes chez les diabétiques. Quant à la moelle, elle ne serait affectée qu'exceptionnellement; du moins les symptômes spinaux font défaut parmi les phénomènes de l'intoxication diabétique.

Digitized by Google

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE DES TUMEURS DU CERVELET.

Bien que la physiologie du cervelet soit actuellement encore entourée d'une grande obscurité, cependant la symptomatologie des tumeurs de cet organe est assez bien connue. Les difficultés du diagnostic de ces tumeurs résultent surtout de ce que les symptômes appartenant en propre aux lésions cérébelleuses sont souvent accompagnés de phénomènes étrangers attribuables soit à la diminution de la capacité crânienne, soit à la compression de la protubérance et du bulbe, soit enfin à l'excitation à distance d'autres territoires encéphaliques. D'autre part, dans certains cas ces tumeurs peuvent demeurer absolument latentes pendant toute la durée de leur évolution et ne se révéler qu'à l'autopsie, ainsi que la plupart des auteurs l'ont signalé. Cependant, il est souvent possible de reconnaître l'existence de ces tumeurs pendant la vie, comme on le verra dans plusieurs des observations qui vont suivre. En relatant ces quelques faits, nous n'avons pas eu l'intention de refaire à nouveau l'histoire clinique des tumeurs du cervelet, nous avons voulu simplement signaler des observations dignes d'intérêt et, en comparant les symptômes présentés par nos malades à ceux que les auteurs attribuent aux tumeurs cérébelleuses, mettre en relief les signes principaux qui permettent de les reconnaître et les phénomènes particuliers que nous avons observés chez nos sujets.

Voici d'abord ces observations.

Obs. I. — *Fibro-sarcome à la partie postérieure du lobe gauche du cervelet avec destruction étendue de l'écorce du vermis supérieur. Hydrocéphalie ventriculaire. Durée de la maladie, 19 à 20 mois. Céphalalgie, vertiges, amaurose, crises de tremblement avec rétroflexion de la tête et pleurosthotonos gauche ; vomissements. Mort subite.*

X., âgée de 27 ans, entre à l'hôpital le 27 octobre 1886. Habituellement bien portante, elle a été prise, il y a environ 19 mois, d'une céphalalgie frontale droite, accompagnée de vertiges, qui persiste encore aujourd'hui. Depuis 8 à 9 mois, la marche est devenue difficile et la vision s'est graduellement affaiblie jusqu'à cécité complète. Enfin, depuis le mois de février dernier, la malade est sujette à des crises de tremblement sans convulsions ni contractures, et sans perte de connaissance; elle entend ce qui se dit autour d'elle, mais est inca-

Digitized by Google

pable de parler. Pendant ces accès, le corps s'incline parfois en arrière (opisthotonos) et du côté gauche (pleurosthotonos). Ces crises durent environ une demi-heure; elles se répètent deux ou trois fois par semaine et se produisent toujours à plusieurs reprises dans la même journée; parfois jusqu'à dix et douze fois. Au jour de l'entrée, la malade présente les mêmes symptômes que ci-dessus; les pupilles sont dilatées, la vision est complètement abolie des deux côtés. L'examen ophthalmoscopique révèle les lésions suivantes, identiques des deux côtés : la papille présente un aspect grisâtre et tout autour d'elle, la rétine est entourée d'un trouble nuageux qui s'étend jusqu'à une distance égale au diamètre même de la papille. Le reste de la rétine présente sa coloration normale. A leur sortie du nerf optique, les artères sont très diminuées de calibre, tandis que les veines sont assez gorgées de sang (*Stauungspapille* des Allemands).

L'intelligence est parfaitement nette, l'ouïe est normale. La malade marche difficilement, en fléchissant un peu sur les jambes et présente une tendance à se diriger vers la droite. Il n'y a pas de paralysie à proprement parler. La malade se plaint de céphalalgie frontale; la tête est renversée en arrière par une contraction tétanique des muscles de la nuque.

L'état de la malade reste à peu près le même pendant tout son séjour à l'hôpital; elle présente fréquemment des crises de tremblement; la céphalalgie persiste, tantôt frontale, tantôt fronto-occipitale; à plusieurs reprises se produisent des vomissements. La tête reste renversée sur la nuque; quand on lève la malade pour l'asseoir sur un fauteuil, elle présente de plus une tendance à tourner le corps vers la gauche.

Le 8 novembre, la journée est assez bonne, la malade mange avec assez d'appétit; dans la nuit, cependant, elle se plaint à plusieurs reprises d'*avoir mal aux nerfs;* le lendemain, à 5 heures et demie du matin, survient tout à coup une crise analogue aux précédentes et accompagnée, cette fois, de perte de connaissance; après avoir repris un instant connaissance, une seconde crise survient dans laquelle la malade succombe subitement.

Autopsie.— *Encéphale.* A l'ouverture du crâne, il s'écoule une grande quantité de liquide séreux. *Le plancher du 3e ventricule, distendu par du liquide, bombe fortement en arrière du chiasma.* La base du cerveau ne présente pas autre chose de particulier; mais *à la partie postérieure du lobe gauche du cervelet, immédiatement en dehors du sillon médian,* il existe une *tumeur* qui déborde de deux centimètres environ, le bord postérieur du lobe droit. Cette tumeur, *du volume d'un gros marron,* de forme conique extérieurement, à base postérieure, mesure *5 cent. de longueur;* sa face postérieure mesure *transversalement 5 cent.,* et *de haut en bas, 3 cent. et demi.* Sa surface est bosselée, sa consistance dure et ferme. A sa surface, les méninges sont fortement vascularisées

Digitized by Google

et œdématiées; cette infiltration des méninges se continue en avant de la tumeur. Le vermis supérieur *est détruit dans une étendue d'environ 0m,05* ; et il existe à son niveau une cavité remplie de liquide et entourée par du tissu cérébelleux ramolli. Ce tissu, mou et altéré, est pour ainsi dire décollé de la substance blanche sous-jacente sur une étendue relativement grande (3 ou 4 centimèt. à partir de la ligne médiane). Les pédoncules cérébraux, la protubérance, les corps genouillés et les tubercules quadrijumeaux sont parfaitement intacts. Les bandelettes optiques et le chiasma ne présentent pas d'altérations appréciables à l'œil nu. Les méninges cérébrales, assez molles, se détachent aisément. L'écorce cérébrale est intacte. Sur des coupes horizontales du cerveau, on ne constate autre chose qu'une dilatation énorme des ventricules latéraux, principalement des cornes sphénoïdale et occipitale du côté gauche. Les ganglions centraux présentent leur aspect normal.

Sur des coupes de la tumeur, on peut étudier plus facilement sa situation et ses rapports. On constate qu'elle occupe l'extrémité postérieure du lobe gauche dans lequel elle pénètre sans intéresser cependant le corps rhomboïdal. Sa forme est ovoïde, sa grosse extrémité étant dirigée vers la périphérie ; elle siège directement sous les méninges et il semble qu'elle ait repoussé devant elle la substance cérébelleuse; la partie restée intacte du cervelet mesure, d'arrière en avant, 6 centimètres; la longueur du lobe droit est de 7 centimètres. La périphérie de la tumeur est constituée par une sorte de coque d'apparence lardacée et assez épaisse, en rapport en dehors avec les méninges; en dedans avec la substance blanche du cervelet. La partie centrale est rosée, ecchymotique par places, avec des points gélatiniformes, ramollis. Au niveau du vermis, le tissu cérébelleux est ramolli, jaune, friable; la substance blanche est même, par places, dépouillée de son écorce et mise à nu dans une certaine étendue. A la face supérieure, le ramollissement jaune se propage au delà du vermis jusque sur le lobe droit du cervelet sur une étendue d'un centimètre et demi. Le restant du lobe droit ne présente pas d'altérations.

L'examen histologique de la tumeur montre qu'il s'agit d'un fibrosarcome très vasculaire.

Ainsi, le premier symptôme observé chez cette malade a consisté en une céphalalgie accompagnée de vertiges et qui a persisté jusqu'à la fin, occupant tantôt la région frontale, tantôt la région occipitale. Plus tard, la démarche devint difficile, la malade fléchissait sur ses jambes, et présentait une tendance à se diriger vers la droite; la vision ne tarda pas à s'affaiblir et diminua graduellement jusqu'à l'amaurose complète. Nous signalons, d'une manière spéciale, la tendance du corps à se tourner vers la

Digitized by Google

gauche quand la malade était assise et surtout la rétroflexion de la tête qui a du reste été relevée par un certain nombre d'auteurs ; les crises de tremblement avec opisthotonos, sans perte de connaissance, et enfin la mort subite qui s'explique dans ce cas par le voisinage du plancher du 4e ventricule.

Obs. II. — *Fibro-sarcome du volume d'un gros marron, siégeant dans les méninges cérébelleuses et refoulant le lobe gauche du cervelet. Durée de la maladie : 17 mois. Céphalalgie frontale et occipitale, chutes sur le côté gauche. Vomissements, amaurose double ; attaques épileptiformes. Tremblement convulsif sans perte de connaissance, somnolence.*

S... (Marie), 42 ans, domestique, entre à l'hôpital le 3 juin 1885. Cette femme, d'une bonne constitution en apparence, aurait toujours joui d'une assez bonne santé ; aussi trouvons-nous peu de chose à signaler chez elle comme antécédents morbides ; dans sa jeunesse, elle aurait eu des adénites cervicales qui se terminèrent par résolution ; au mois de juillet 1884, se trouvant à Paris, elle eut quelques troubles digestifs caractérisés surtout par une sensation de pesanteur à l'épigastre, mais sans douleurs vives et sans nausées ; enfin, au commencement du mois de septembre de la même année, elle fit une chute dans un escalier et se fit une légère blessure à la tête ; elle ne perdit pas d'ailleurs connaissance et put reprendre ses occupations dès le lendemain, sans autre accident que des douleurs thoraciques du côté gauche, lesquelles persistèrent durant 15 jours et l'empêchèrent de remuer librement le bras correspondant. La maladie actuelle remonte seulement au commencement de l'année 1885. A partir du 2 février, et suivant elle, à la suite d'une grande fatigue, elle éprouva durant tout un mois une céphalalgie frontale assez intense, presque continue, mais qui cependant ne l'empêchait ni de dormir, ni de manger. A partir du mois de mars, un nouveau symptôme apparut : la malade ressentait une sensation de fourmillements dans la jambe droite ; ces fourmillements commençaient aux orteils pour remonter le long du membre, et la malade tombait alors à terre, mais toujours vers la gauche comme si une force invisible l'eût tirée de ce côté. Ces chutes se produisaient d'une façon des plus variables : tantôt deux ou trois fois par jour, tantôt tous les jours, tantôt seulement tous les deux jours. Cet état dura deux ou trois mois, la malade ne perdait nullement connaissance, elle n'éprouvait en même temps ni vertiges, ni céphalalgie. Remarquons aussi que le même phénomène se produisait parfois alors que la malade était assise, elle se sentait alors tomber et était forcée de se cramponner à sa chaise. En même temps que ces sortes d'attaques précédées d'aura, survinrent des vomissements bilieux qui se reproduisirent tous les deux ou trois jours à raison d'une ou deux fois dans

Digitized by Google

la même journée. Depuis un mois, ces vomissements ont diminué de fréquence et ne se produisent plus guère qu'une fois par semaine. De plus, la malade accuse depuis la même époque un tremblement intense du bras gauche qui se produit quand elle veut porter quelque chose. Il est d'ailleurs assez difficile de s'expliquer avec elle à ce sujet, d'autant plus qu'elle aurait toujours eu un certain degré de faiblesse de ce membre. Enfin, depuis deux mois, la vue est devenue trouble ; la malade a présenté du strabisme et de la diplopie ; la vision n'a cessé de baisser depuis ce moment. Ajoutons qu'il n'y a chez elle aucun antécédent syphilitique.

État actuel. — 4 juin. Face sensiblement déviée à gauche (facial inférieur seul). Langue non déviée. Aucune paralysie des membres. Au dynamomètre : M. D., 24 kg. M. G., 18. La main gauche présente par instants des mouvements choréiques. La malade marche assez bien, sans tituber et sans traîner la jambe. Phénomène du genou très exagéré des deux côtés. Tendance au phénomème du pied du côté gauche.

Sensibilité générale intacte. Organes des sens : pupille droite un peu plus dilatée que la gauche. Par intervalles, strabisme interne de l'œil droit. Quand on étend les doigts devant l'œil droit, celui-ci arrive à les distinguer aisément, mais la lecture est impossible, surtout pour les petits caractères. La vision est mieux conservée du côté gauche. A l'ophthalmoscope, on constate une névro-rétinite en voie de développement à gauche et une atrophie de la papille du côté droit. L'oreille droite perçoit le tic-tac d'une montre à 115 millimètres de distance, mais la malade se plaint d'y éprouver des bourdonnements très violents depuis le début de son affection. Quant à l'oreille gauche, l'ouïe a disparu depuis une quinzaine d'années.

L'appareil digestif fonctionne régulièrement ; la menstruation est parfaite. L'examen du cœur et des poumons ne dénote rien d'anormal.

Actuellement, la céphalalgie a disparu ; la malade se plaint seulement d'un point douloureux au niveau du rebord costal gauche ; pas d'insomnie. (Iodure de potassium, 1gr,20.)

8 juin. La malade a vomi ses repas de la journée du 5 juin. Le 7, à 3 heures et demie du soir, étant assise sur sa chaise, elle ressentit tout à coup un malaise vague accompagné de tremblement qui, parti du pied, remonta vers l'épigastre et se dissipa spontanément. Tout alla bien pendant une demi-heure, quand tout à coup, sans nouvelle aura, elle perdit connaissance et tomba sur le plancher. Revenue à elle, elle vomit un peu et ne ressentit plus qu'une légère fatigue. Le soir, après le dîner, elle vomit une seconde fois ; ce matin, tout malaise a disparu.

11 juin. Depuis 5 jours, la malade se plaint de douleurs très vives irradiées de la nuque vers les yeux et la racine du nez qui l'empêchent de dormir. Constipation depuis 4 jours. Les vomissements, qui avaient cessé, ont recommencé ce matin. (Sulfate de quinine, 1 gramme.)

Digitized by Google

16 juin. Nouveaux vomissements. Les douleurs irradiées vers les yeux ont diminué à la suite de l'administration de la quinine, mais la malade se plaint de nouveau d'une céphalalgie frontale. Dans la nuit du 14, on a constaté des secousses convulsives violentes dans le bras et la jambe gauches.

30 juin. Dans la soirée du 16, la malade a été reprise du même tremblement convulsif dans tout le côté gauche; cependant elle n'a pas perdu connaissance; on dut la soutenir pour l'empêcher de tomber et la recoucher dans son lit. Les mêmes accidents se sont reproduits le 24; deux jours plus tard, le 26 juin, la malade, en voulant se lever, sentit tout à coup ses jambes fléchir sous elle et tomba à terre. Les vomissements sont momentanément arrêtés. La vue est de moins en moins distincte; la malade ne voit plus que confusément les objets comme au travers d'un brouillard épais. La céphalalgie, très atténuée les jours précédents, a reparu ce matin; la malade se plaint de nouveau d'élancements douloureux irradiés de la nuque vers la région frontale. Au même moment, se déclare subitement une attaque épileptiforme; la malade perd connaissance; la tête et les yeux se dévient fortement du côté droit, les mâchoires sont serrées, les quatre membres raidis en une convulsion tonique. Après quelques secondes, la contracture diminue, quelques convulsions cloniques se montrent dans les membres; la tête et les yeux se dévient à gauche, tandis que le tronc se tourne vers la droite, la respiration devient stertoreuse, puis le regard devient fixe, la contracture disparaît, l'intelligence renaît : la scène a duré environ une minute. La malade ne se rappelle pas ce qui est arrivé et ne se plaint que d'une céphalalgie frontale moyennement intense. (Iodure de potassium, 2 gr. Onguent mercuriel belladoné.)

2 juillet. Réapparition des vomissements et de la constipation. La céphalée est moindre; la malade accuse encore cependant une légère douleur au front et à la nuque. Hallucinations depuis quelques jours; la malade s'imagine recevoir la visite de son frère et causer avec lui pendant la nuit. Elle comprend parfaitement ce qu'on lui dit, mais ne se rend pas bien compte du côté d'où arrive le son; ainsi, quand on lui parle dans l'oreille droite, elle se tourne du côté gauche et dit que son interlocuteur est placé à la gauche de son lit. Par moments, elle se croit assise dans son fauteuil; d'autres fois, elle se perd dans son lit. L'intelligence est cependant très nette, la malade répond correctement aux questions. Tendance à la déviation conjuguée des yeux et de la tête à gauche. Force dynamométrique : M. G. = 9. M. D. = 14 kilogr. Exagération des réflexes patellaires des deux côtés.

Amblyopie complète. Surdité absolue de l'oreille gauche. Pas d'incontinence des urines et des matières fécales. Pouls, 88, régulier. Tremblement dans le membre supérieur.

Digitized by Google

Du 2 au 15 juillet. Même état : la céphalalgie persiste avec quelques rémissions passagères. Vomissements presque incessants, parfois selles involontaires. Les attaques épileptiformes se répètent presque tous les jours, parfois même jusqu'à deux fois dans la journée. Le 15 juillet on note : pupilles très dilatées ; céphalalgie très vive. Même déviation conjuguée de la tête et des yeux à gauche. Trépidation réflexe dans les membres inférieurs. Force dynamométrique : égale (12 kilogr.) aux deux mains. Intelligence nette.

18 juillet. Même état. Céphalalgie très vive. (Séton à la nuque. — Frictions mercurielles.)

20 juillet. La douleur de tête a beaucoup diminué. Traits de la face déviés vers la gauche. Langue tirée à gauche. Pupilles inégales, moyennement dilatées, la gauche moins que la droite. Amaurose complète. La malade exécute très bien tous les mouvements ; il n'existe aucune paralysie. Force musculaire : M.D. = 16 kilogr., M.G. = 18.

Réflexes tendineux très marqués aux membres inférieurs. L'intelligence est très nette, les souvenirs précis. Parfois, cependant, à la suite des attaques épileptiformes qui continuent à se produire presque journellement, la malade a des hallucinations et cause à haute voix dans la salle, croyant recevoir des visites. Les crises épileptiformes n'ont pas sensiblement changé de caractère; elles sont précédées parfois d'une aura partant de l'épigastre et remontant le long du côté droit du thorax. Les vomissements sont moins fréquents ; les bourdonnements dans l'oreille droite ont cessé depuis un mois.

Août et septembre. Mêmes symptômes : céphalalgie d'intensité variable. Vomissements à certains jours. Crises épileptiformes presque journalières, mais plus atténuées. Urines involontaires.

28 septembre. La malade, qui était restée toute la journée d'hier inerte sans proférer une parole, s'est remise à parler ce matin, l'intelligence est nette. Pas de céphalalgie. La malade exécute tous les mouvements avec les membres supérieurs; la force musculaire est plus marquée à la main droite. Les mouvements des membres inférieurs sont libres ; cependant, depuis plusieurs mois, la malade ne peut se lever ; réflexes tendineux très marqués. Traits de la face plus marqués à gauche qu'à droite. Pupille droite plus dilatée que la gauche. Cécité absolue, sensibilité intacte. Amaigrissement considérable. Atrophie des muscles des membres inférieurs. Pendant la visite, la malade est prise d'une crise épileptiforme, les yeux et la tête se dévient fortement à gauche et tout le corps s'incurve du même côté ; les membres sont raidis ; la face se cyanose, un peu d'écume apparaît à la bouche, puis, au bout d'une minute, la tête se redresse, la contracture cesse, laissant seulement après elle un peu de trismus et la malade revient complètement à elle. Des attaques semblables se produisent pendant la journée ; il suffit de faire causer la malade pour les faire apparaître aussitôt.

Digitized by Google

8 octobre. Même état. Attaques épileptiformes incessantes, se produisant principalement quand on remue la malade pour changer son lit. Incontinence des urines et des matières fécales.

30 novembre. Strabisme convergent. Mêmes troubles de l'audition ; la malade semble avoir perdu la notion de la direction des sons. Sensibilité intacte à la conjonctive droite, diminuée à gauche et diminuée également dans la moitié droite de la langue. Tendance à la raideur dans les membres inférieurs. Phénomène du pied. Exagération des réflexes aux genoux.

16 février 1886. Depuis trois mois environ, les vomissements ont cessé, les crises épileptiformes sont également moins violentes. Actuellement, déviation conjuguée avec contracture de la tête et des yeux à gauche. Tremblement avec secousses choréiformes dans les membres supérieurs. Tendance générale des membres à la raideur; cependant l'exécution des mouvements est possible. Langue déviée du côté gauche, traits de la face tirés du même côté. Intelligence conservée. Aucun trouble de la parole; sensibilité normale; douleur au-dessus du sourcil droit ; amaurose absolue ; selles et urines involontaires.

13 mars. La malade présente depuis peu de temps un état cataleptiforme. Les bras, soulevés en l'air, gardent spontanément les attitudes qu'on leur donne. Il en est de même des deux jambes. L'intelligence est normale ; la malade répond correctement aux questions qu'on lui adresse ; la mémoire est également bien conservée. Par moments, cependant, elle divague, se cause à elle-même, se croyant chez son ancien maître. Mais ses réponses sont toujours très sensées, et il s'agit là plutôt d'un état de rêverie passive que d'un véritable délire. La motilité est intacte ; il existe toujours un certain degré de tremblement dans les deux bras. Aux jambes, réflexes du genou très exagérés ; de plus, à gauche, phénomène du pied. A la face, mêmes symptômes. Sensibilité générale conservée. Odorat : les sensations du vinaigre, de l'éther, de l'ammoniaque sont perçues, mais non différenciées les unes des autres. Goût : les différentes substances sapides sont assez bien reconnues. La malade ne se plaint d'aucune douleur; l'appétit est bon. — Abcès fistuleux consécutif à une eschare au-dessous du grand trochanter gauche.

15 avril. Depuis une huitaine de jours, fréquentes attaques épileptiformes caractérisées par du tremblement, du trismus, de la contracture des membres. Actuellement, intelligence nette, douleur sus-orbitaire droite, sensibilité conservée. La déviation conjuguée a disparu ; pas de déviation notable de la face. Pupille droite toujours plus dilatée que la gauche. La malade exécute bien tous les mouvements, mais il existe une tendance générale à la raideur dans les quatre membres, avec même exagération des réflexes tendineux. La malade est toujours dans le même état de passivité; elle ne demande pas à manger et on

Digitized by Google

est forcé de lui donner ses aliments qu'elle prend d'ailleurs avec plaisir et digère très bien; certaines saveurs sont bien reconnues (sel), d'autres (vin, chocolat) ne sont pas perçues ou mal différenciées. L'odeur du vinaigre n'est pas reconnue, mais produit un réflexe comme à l'ordinaire. La malade est ordinairement plongée dans un état d'hébétude apparente, mais en réalité l'intelligence est bien conservée; la malade se rappelle les noms des rues, l'orthographe, la table de multiplication, etc. La plupart des objets qu'on lui met entre les mains sont reconnus et désignés par leur nom (canif, clef); d'autres fois, la malade se trompe ou du moins ne reconnaît les objets qu'après une certaine hésitation : une boîte est prise pour un bouchon, un flacon pour un encrier.

26 juin. Les attaques épileptiformes continuent, caractérisées surtout par des secousses convulsives répétées, et une sorte de tremblement dans les membres supérieurs; parfois, la crise est si légère que la malade ne perd pas complètement connaissance. L'intelligence est toujours indemne, la mémoire bien conservée. La malade répond bien aux questions, reconnaît les objets et peut calculer mentalement. Céphalalgie occipitale et frontale depuis quelques jours, sensibilité intacte; pas de paralysie des membres; raideur dans les membres inférieurs avec exagération des réflexes tendineux des deux côtés. Tremblement dans les membres supérieurs. Urines et selles involontaires.

Les mêmes symptômes persistent sans modification appréciable jusqu'aux premiers jours du mois de juillet, mais l'état général décline de plus en plus; le 7 juillet à la visite, on trouve la malade mourante: râles trachéaux, pouls imperceptible, refroidissement général, résolution complète. La mort survient dans la journée.

Autopsie (8 juillet). — *Crâne.* Après avoir enlevé l'encéphale, on constate qu'il existe du côté gauche, à *la partie supérieure du rocher*, à un centimètre de son extrémité antérieure, *une perte de substance de l'os* à bords rugueux, mesurant 2 centimètres de profondeur et 1 centimètre et demi d'avant en arrière. Le trou déchiré postérieur, d'autre part, est élargi et mesure 1 centimètre et demi d'avant en arrière. Les pertes de substance de l'os sont en rapport avec une tumeur occupant *le lobe gauche du cervelet.* Celle-ci, du volume d'un gros marron, mesure transversalement 3c,5, d'avant en arrière 3c,5, et de haut en bas 2 centimètres. Sa surface est bombée, irrégulière, framboisée, recouverte par la pie-mère très vascularisée. La face antérieure libre de la tumeur est située à 2 centimètres en arrière du bord postérieur du pédoncule cérébral. Sa face interne est en rapport, dans sa plus grande étendue, avec une *excavation cupuliforme* que la tumeur s'est formée en refoulant la protubérance annulaire qui n'adhère aucunement à la partie de la tumeur qui est en contact avec elle. La moitié inférieure de cette face interne se trouve appliquée par des adhérences assez faibles contre la partie correspondante du bord antérieur du lobe

Digitized by Google

gauche du cervelet. La face externe de la tumeur est libre ainsi que la plus grande partie de la face postérieure, dont *la partie interne seule se continue directement avec le tissu cérébelleux*. Le lobe gauche du cervelet où se trouve située la tumeur, ne semble pas envahi par elle, mais il est refoulé en arrière et dépasse de 1 centimètre environ l'extrémité postérieure du lobe droit. En dedans de la tumeur, il existe une zone étendue de ramollissement occupant presque tout le pédoncule cérébelleux inférieur gauche et on constate à ce niveau une cavité mesurant en moyenne 2 centimètres en tous sens et contenant un liquide gélatiniforme. La protubérance annulaire est ramollie et en partie détruite à sa surface. Les pédoncules et les nerfs optiques ne semblent pas altérés à l'œil nu. A la coupe du cerveau, on constate un épanchement séreux abondant dans les ventricules latéraux. Aucune lésion centrale. Vaisseaux de la base intacts. Injection des veines de la convexité. L'examen histologique de la tumeur montre qu'il s'agit d'un fibro-sarcome.

Résumons rapidement cette longue observation.

De même que dans le cas précédent, une céphalalgie frontale intense a marqué chez cette malade le début de l'affection. A ce premier symptôme s'ajoutèrent bientôt des chutes sur le côté gauche, sans perte de connaissance, survenant même quand la malade était assise, et précédées d'une aura caractérisée par une sensation de fourmillements remontant des orteils le long de la jambe droite. Ces accès durèrent environ deux ou trois mois et vers la même époque, survinrent des vomissements bilieux qui disparurent plus tard pour revenir à intervalles irréguliers pendant presque toute la durée de la maladie. Trois mois après le début des premiers accidents, la malade commença à présenter un tremblement intense du bras gauche qui s'exagérait par les mouvements; de plus, la vision, qui avait commencé à s'affaiblir dès le deuxième mois de la maladie, continua à décroître de plus en plus et aboutit rapidement à la cécité absolue. A l'entrée de la malade au service, il n'existait aucun trouble de la sensibilité ni de l'intelligence, et on constatait une exagération des réflexes tendineux aux membres inférieurs et une hémiparésie faciale droite. Bientôt apparurent des attaques convulsives de forme variable : tantôt un tremblement ou des secousses convulsives dans le bras gauche, tantôt de véritables crises épileptiformes avec déviation conjuguée de la face et des yeux à droite ou à gauche. Ces attaques se renouvelèrent jusque dans les derniers jours, provoquées parfois par les mouvements imprimés à la ma-

Digitized by Google

lade. L'intelligence persista jusqu'à la fin, à part quelques hallucinations passagères; la malade était plongée constamment dans une inertie apparente dont il était facile de la tirer, et on remarquait alors que les facultés étaient intactes et la mémoire bien conservée. Du côté des sens, nous avons noté une névro-rétinite double, du strabisme convergent, des troubles de la notion d'orientation des sons, une difficulté dans la perception de certaines odeurs et de certaines saveurs. La malade s'affaiblit graduellement sans paralysie réelle, mais avec une tendance générale à la raideur et succomba dans le collapsus 17 mois après l'apparition des symptômes initiaux. A l'autopsie, une tumeur du volume d'un gros marron siégeait dans le lobe gauche du cervelet, refoulant d'un côté le tissu cérébelleux, de l'autre la protubérance annulaire. Le pédoncule cérébelleux gauche était ramolli, ainsi que la surface de la protubérance; enfin, il existait un certain degré d'hydrocéphalie ventriculaire.

Obs. III. — *Sarcome cellulaire avec destruction de la partie moyenne du cervelet. Hydrocéphalie ventriculaire considérable avec atrophie cérébrale consécutive. Durée de l'affection : 13 mois ; céphalalgie, vomissements, strabisme, amaurose, convulsions épileptiformes, puis parésie avec tendance à la contracture, anesthésie générale sensitivo-sensorielle.*

L'enfant R... (Jules), âgé de dix ans, né à Arnaville, est amené à l'hôpital le 8 novembre 1882. Antécédents héréditaires : père alcoolique, mère morte de tuberculose. Une aïeule maternelle était sujette à des idées lypémaniaques. Antécédents personnels : cet enfant, naturellement intelligent, de tempérament assez vif, aurait été pris au mois de janvier 1882 d'accidents méningitiques caractérisés particulièrement par une céphalalgie sus-orbitaire violente et des vomissements ; au bout de 12 jours environ, il survint dans son état une amélioration notable, mais il se produisit alors du strabisme qui s'accompagna de diplopie vers le mois de février. A partir du mois de mai, le malade devint sujet à des crises convulsives épileptiformes, la vision, qui n'avait cessé de diminuer, fut complètement perdue à dater du mois de juin. Vers le mois d'août, l'enfant commença à ressentir une grande faiblesse dans les membres inférieurs ; il ne put plus bientôt se tenir debout et dût s'aliter complètement au mois de septembre ; les vomissements avaient cessé à cette époque.

État actuel : Enfant de constitution moyenne, un peu lymphatique. Décubitus dorsal. Tête volumineuse, bosses frontales très développées. Diamètre bipariétal, 16 centimètres ; occipito-frontal, 18 centimètres ;

Digitized by Google

occipito-mentonnier, 20 centimètres; sous-occipito-bregmatique, 14 centimètres ; interorbitaire, 10 centimètres. Pupilles largement dilatées, immobiles. Léger strabisme convergent. Cécité absolue, facies inerte, état de somnolence apparente.

Extrémités fraîches. Desquamation épithéliale abondante vers le bord cubital de l'avant-bras gauche. Excoriations superficielles nombreuses sur les deux fesses. Intelligence assez nette ; le malade comprend assez bien les questions, serre un peu la main, tire la langue quand on le lui commande. Interrogé s'il a mal, il répond que non. Quand on lui demande depuis quand il est aveugle, il répond : depuis 2 mois.

Les bras soulevés en l'air retombent inertes ; cependant il n'y a pas de paralysie véritable ; le malade peut exécuter quelques mouvements. Tendance à la raideur dans les membres supérieurs. Les membres inférieurs sont inertes, ils ne présentent ni exagération des réflexes tendineux, ni contracture. Le chatouillement de la plante du pied n'amène pas de mouvements réflexes dans la jambe. Une piqûre détermine un retrait lent du membre sans douleur apparente. Quand on met l'enfant sur son séant, il ne peut se tenir debout et tend à tomber indifféremment de côté et d'autre.

Sensibilité générale obtuse partout. Pas de traces de morsures sur la langue. Selles et urines involontaires. Rien de spécial du côté du cœur et des poumons.

16 novembre. Tendance à la raideur dans les membres supérieurs et inférieurs. La déglutition s'exécute normalement, sensibilité générale toujours obtuse ; cependant l'enfant pleure quand on lui remue les membres. L'introduction dans la bouche de coloquinte, de sel, l'inspiration d'acide acétique ne semblent pas déterminer de sensations gustatives et olfactives.

Strabisme convergent avec dilatation extrême des deux pupilles. A l'ophthalmoscope, atrophie des deux papilles qui présentent une forme irrégulière et un aspect grisâtre. Inertie générale; l'enfant n'a pas eu de crises convulsives depuis son entrée, mais seulement quelques petites secousses dans les membres. Troubles trophiques : desquamation épidermique et excoriations multiples sur les membres ; petite phlyctène sur l'une des malléoles. Respiration diaphragmatique, profonde, régulière. Pouls 140, régulier. Urines involontaires, dépôts de phosphates abondant. Selles inconscientes.

19 novembre. Les pupilles, rétrécies quand les yeux sont fermés, se dilatent au maximum quand on écarte les paupières. Petites phlyctènes remplies de sérosité citrine, sur la face dorsale de la première phalange de l'index et de la deuxième phalange du pouce gauche, au niveau de l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil, à la face interne du calcanéum du côté droit; rougeur avec taches gris livide aux régions fessière et sacrée. Un peu d'épanchement dans le genou droit.

Digitized by Google

24 novembre. Analyse d'urines: émission des 24 heures, 1,250 centimètres cubes. D. = 1,021. Réaction alcaline. Dépôts abondants de phosphate ammoniaco-magnésien. Urée 18gr,01. Acide urique 0.77. Chlore des chlorures 9.37. Acide phosphorique total 1.53. Glucose, albumine, matières colorantes anormales 0.

1er décembre. Cyanose de la face. Membres supérieurs inertes, avec tendance à la raideur. Pupilles toujours dilatées; yeux fixes légèrement portés en haut; par moments, l'œil droit en léger strabisme externe. Intelligence obtuse; l'enfant est somnolent, répond par monosyllabes. Taches rouges à la face palmaire des deux mains, sur la face dorsale du carpe à droite et sur l'avant-bras droit. Vomissements par moments. Pas de diarrhée, pas d'eschares fessières. Bruits du cœur normaux. Pouls régulier, 140 à 150. Respiration nette, régulière.

26 décembre. Même état. Déglutition assez difficile.

7 janvier. Les deux membres supérieurs sont contracturés en extension, les avant-bras sont en pronation forcée. On arrive à les fléchir en déployant une certaine force, mais ils reprennent immédiatement leur position première. Les pieds sont en extension forcée mais peuvent cependant être fléchis. Tout le corps présente d'ailleurs une certaine raideur, sauf la tête qui est inerte et tombe en arrière quand on fait asseoir le malade. Les mâchoires sont serrées l'une contre l'autre, cependant l'enfant peut ouvrir la bouche quand on lui donne à manger. Sensibilité partout obtuse. Un peu d'épanchement dans les deux genoux.

11 janvier. L'enfant est inerte, ne parle pas. Les avant-bras sont en pronation forcée, les deux mains, fléchies assez fortement sur les avant-bras, peuvent être étendues momentanément mais avec difficulté. Les avant-bras peuvent être également fléchis sur les bras, mais dès qu'on les abandonne à eux-mêmes, ils s'étendent comme un ressort. Les pieds sont en extension; les articulations du genou et de la hanche sont libres. Les muscles du cou et de la nuque ne sont pas contracturés.

16 janvier. Le malade ne répond plus aux questions, ne mange presque pas, avale difficilement. La contracture persiste, mais elle est plus prononcée. Dans la journée du 12, l'enfant a fait entendre quelques grincements de dents. Les pieds sont œdématiés. La piqûre des pieds, des jambes, des bras, de la face ne détermine aucune réaction.

20 janvier. Pouls très petit, incomptable. Contracture considérable des membres supérieurs, pas de raideur aux membres inférieurs, sauf aux deux pieds. Pas d'exagération des réflexes tendineux. Urines et selles toujours involontaires. Sensibilité très obtuse.

2 février. Pleurosthotonos gauche. Contracture en pronation forcée des membres supérieurs; pas de contracture des membres inférieurs à l'exception des pieds, pas de raideur de la nuque. Le malade, qui n'avait rien mangé depuis deux jours, recommence à se nourrir.

Digitized by Google

12 février. Amaigrissement extrême. Pleurosthotonos gauche très marqué.

14 février. Raideur générale ; le tronc se laisse soulever tout d'une pièce. Contracture légère des membres inférieurs. Contracture invincible des membres supérieurs. Raideur de la nuque ; la tête peut être inclinée latéralement et étendue, mais non fléchie sur le sternum. Par moments, respiration de Cheyne-Stokes.

22 février. Face pâle, terne, très amaigrie; respiration 24, régulière; pouls très fréquent, presque imperceptible. Déglutition impossible. Opisthotonos et contracture des membres supérieurs. Pas de contracture des membres inférieurs, sauf de la cuisse gauche. Insensibilité absolue. Mort à 4 heures du soir.

Autopsie faite 18 heures après la mort. (Au moment de l'autopsie, la contracture des membres supérieurs existait encore, la nuque et les membres inférieurs étaient libres.) — *Cerveau:* les sutures des os du crâne sont désunies. Les méninges ne présentent rien d'anormal, sauf quelques dépôts calcaires incrustés dans la dure-mère. Le cerveau est large, aplati. Diamètre antéro-postérieur, 22 centimètres; diamètre transversal : hémisphère droit, 9 centimètres ; hémisphère gauche, 11 centimètres. Toute la surface du cerveau, y compris le corps calleux, est ramollie, fluctuante. A la base, entre le chiasma et l'angle des pédoncules, *le plancher du ventricule moyen forme une saillie fluctuante* constituant une véritable vésicule remplie de liquide sur laquelle passent transversalement les bandelettes optiques. La base du cerveau est élargie, principalement au niveau des lobes sphénoïdaux, le lobe sphénoïdal gauche est déprimé, aplati. Les *circonvolutions sont aplaties*, peu distinctes. La décortication est impossible ; *les méninges adhèrent complètement à la substance corticale* qu'elles entraînent avec elles par lambeaux. Les vaisseaux de la convexité sont petits, à peine visibles. Le corps calleux est mince, friable ; les tractus longitudinaux sont très marqués. A la coupe, on constate une *dilatation énorme des ventricules, qui sont remplis de liquide* incolore, limpide. Les corps optostriés ne présentent rien d'anormal. *L'épaisseur de la substance cérébrale au niveau de la convexité ne dépasse pas un centimètre et demi. Cervelet.* Il mesure d'avant en arrière 8 centimètres et transversalement 12 centimètres; sa surface est lisse, régulière et uniforme; les sillons sont effacés, les méninges non épaissies, mais très adhérentes. Il existe, *au niveau de la partie moyenne* de la *face inférieure du cervelet,* au-dessus du plancher du 4e ventricule, une *tumeur du volume d'une noisette et entourée d'une zone de tissu mou, gélatiniforme, s'étendant entre l'extrémité du vermis* et le sommet du *4e ventricule* (bec du calamus scriptorius). Sur une coupe, on constate que la lésion s'étend dans l'intérieur de l'organe : il existe *dans la partie moyenne du cervelet une cavité mesurant environ 10 centimètres transversalement, et 4 cen-*

Digitized by Google

timètres de haut en bas, remplie d'une substance gris rosé, molle, se déchirant avec la plus grande facilité, presque diffluente, se continuant à la périphérie presque sans ligne de démarcation avec la substance nerveuse du cervelet qui a conservé sa couleur et sa consistance normales, mais dont l'épaisseur est notablement diminuée. Les parois du foyer présentent une abondance de petits vaisseaux. L'examen microscopique de la tumeur montre qu'elle est exclusivement formée de *cellules embryonnaires rondes ou ovales* pourvues d'un ou de plusieurs noyaux et à protoplasma finement granuleux; çà et là se rencontrent quelques globules rouges. Il s'agit donc d'un *sarcome.* Le *bulbe,* la *protubérance,* les *pédoncules,* ne présentent aucune lésion. *Poumons:* congestion notable des lobes inférieurs. Dans le lobe supérieur du poumon droit il existe une petite masse calcaire du volume d'un pois. *Cœur:* poids 90 grammes. Ventricule droit un peu dilaté, paroi 2 à 3 millimètres. Cœur gauche, paroi 18 millimètres, diamètre transversal du ventricule 2 centimètres, pas de lésions valvulaires. Tissu ferme, d'aspect normal. *Reins:* poids 60 grammes; aspect normal. *Rate:* 40 grammes, friable. *Foie:* poids 630 grammes; congestion passive assez marquée. *Estomac* non dilaté; longueur, 14 centimètres; hauteur, 6 centimètres.

Les premiers symptômes observés chez ce malade: céphalalgie sus-orbitaire, vomissements, troubles visuels (strabisme, diplopie, amaurose), crises épileptiformes, semblent se rattacher directement à la tumeur cérébelleuse. Les phénomènes ultérieurs sont plutôt en relation avec l'hydrocéphalie consécutive ayant déterminé, d'une part, une atrophie de la substance corticale du cerveau, d'autre part, une compression du mésocéphale. Dès le 8e mois de la maladie, la faiblesse des membres inférieurs était considérable et forçait le malade à s'aliter (nous ignorons s'il y eut alors de la titubation); à la paralysie se joignirent la contracture, du pleurosthotonos, de l'opisthotonos, une anesthésie sensitivo-sensorielle complète, de la somnolence, de la dysphagie et le malade succomba dans le marasme après un an environ de maladie.

Obs. IV. — *Ancien tubercule sous-méningé, du volume d'une petite noix, à l'extrémité postéro-inférieure du lobe gauche du cervelet. Méningite tuberculeuse récente. Durée totale de la maladie : un an. Céphalalgie sincipitale depuis un an, vertiges avec obnubilation et chute, vomissements bilieux depuis 9 mois. Symptômes de méningite tuberculeuse terminés par la mort au bout de 18 jours.*

P. Julien, sellier, âgé de 18 ans, entre à l'hôpital le 18 juin 1880. Antécédents héréditaires nuls. Antécédents personnels : fièvre typhoïde

Digitized by Google

il y a 3 ans; pleurésie droite l'année dernière. Histoire de la maladie actuelle : depuis un an, le malade était sujet à des maux de tête revenant tous les deux ou trois jours, mais de courte durée. Au bout de 8 mois environ, cette céphalalgie changea de caractère : c'étaient des douleurs pongitives, semblables à des coups de marteau se produisant jusqu'à 15 et 20 fois dans la journée, occupant la région sincipitale et durant chaque fois deux ou trois minutes. Cependant ces symptômes ne l'empêchaient ni de dormir, ni de travailler. Vers la même époque, c'est-à-dire trois mois avant son entrée, le malade commença à être pris de vertiges; il ressentait tout à coup comme un éblouissement et tombait à terre, mais sans convulsions. Au dire de son patron, il lui arrivait ainsi de tomber deux ou trois fois dans la même journée. Il aurait présenté de plus, à cette époque, des vomissements verdâtres, abondants. Depuis une quinzaine de jours, l'état du malade s'est considérablement aggravé; la douleur sincipitale est devenue très intense et s'exaspère au moindre mouvement; elle est continue, sans exacerbations, profonde, mais n'entraînant pas en général l'insomnie. Depuis 8 jours enfin, le malade accuse de la fièvre, des frissons, de la constipation, des nausées et des vomissements. Il n'a ni battements de cœur ni toux, ni expectoration; depuis 6 jours seulement il est complètement alité.

État actuel. 18 juin. Temp., matin, 39°; pouls 60, régulier, égal; resp., 24; temp., soir, 39°5; pouls 60; resp., 24. Intelligence nette. Un peu de raideur de la nuque. Aucun trouble de la motricité. Comme troubles sensitifs, le malade accuse une céphalalgie persistante. Larges plaques de pityriasis versicolor sur le dos et le thorax. Respiration normale en avant; en arrière, sonorité moindre dans toute la hauteur du côté droit, respiration nette partout. Rien de spécial du côté du cœur.

19 juin. Temp., matin, 36°6; pouls 64; resp., 28; temp., soir, 40°; pouls 68; resp., 32. Même état qu'hier. Le malade n'a pas vomi de toute la journée.

20 juin. Temp., matin, 39°8; pouls 68; resp., 20; temp., soir, 39°8; pouls 92. Le malade se plaint d'éprouver la sensation d'un brouillard au-devant de ses yeux; de plus, les objets lointains sont vus doubles. La céphalalgie persiste un peu moins vive. Hyperesthésie générale : douleur au pli du coude, au bord interne du biceps, à la partie inférieure du rachis, etc. Aucune douleur au niveau des jointures.

21 juin. Temp., matin, 39°6; pouls 80; temp., soir, 39°; pouls 88; resp., 30. Les mêmes douleurs persistent; il n'existe pas d'hyperesthésie tactile. Même état de la vision, l'ophthalmoscope montre un étranglement de la papille surtout à gauche. Constipation et nausées. Respiration nette.

22 juin. Temp., matin, 39°6; pouls 92; resp. 24; temp., soir, 39°6;

Digitized by Google

pouls 104; resp., 48. Douleurs dans la tempe et l'oreille droites. Pas de vertiges. Face un peu déviée à droite. Motilité intacte. Sensibilité réflexe conservée.

23 juin. Temp., matin, 40°; pouls 88; resp., 32; temp., soir, 39°6; pouls 96; resp., 32. Hier, entre 2 et 3 heures de l'après-midi, le malade a été pris de délire, il a gesticulé violemment et a voulu se jeter en bas de son lit. Le soir à 6 heures, il a présenté du trismus, des grincements de dents, un tremblement convulsif dans les membres supérieurs. La nuit a été assez calme. Depuis, le malade est somnolent; il ne parle plus, avale difficilement, urine sous lui. Cependant il réagit encore sous l'influence des excitations, il contracte les paupières quand on veut lui ouvrir les yeux, gémit quand on le secoue, remue les jambes quand on lui pique la plante des pieds. Un peu de raideur dans les articulations scapulo-humérales.

24 juin. Temp., matin, 39°4; pouls 98; resp., 36; temp., soir, 38°8; pouls 84; resp., 34. Déviation des yeux et de la tête à gauche. Intelligence abolie, carphologie, trismus. Pupilles égales. Aucune paralysie des membres. Raideur dans les membres supérieurs. Déglutition plus facile.

25 juin. Temp., matin, 39°6; pouls 96; resp., 30. Temp., soir, 39°6; pouls 96; resp., 32. Pouls régulier. Intelligence plus nette; le malade reconnaît ses parents, comprend les questions, tire la langue, lève les bras, etc., quand on le lui commande. Constipation; urines toujours involontaires. Un peu d'agitation la nuit dernière.

26 juin. Temp., matin, 39°2; pouls 100; resp., 30; temp., soir, 39°6; pouls 100; resp., 34. Le malade a été calme pendant la journée, tout en conservant un peu de carphologie; il a beaucoup gémi pendant la nuit. Intelligence nette, le malade répond aux questions, dit qu'il n'a mal nulle part. Pupilles dilatées, surtout la droite. La déviation des traits n'existe plus, la face est toujours tournée à gauche. La constipation a cédé aux lavements; les urines sont toujours involontaires.

27 juin. Temp., matin, 38°6; pouls 92; resp., 32; temp., soir, 39°2; pouls 108; resp., 34. Même état.

28 juin. Temp., matin, 38°4; pouls 80; resp., 28. Le malade ne cesse de gémir jour et nuit; carphologie, nausées sans vomissements. Dans la journée d'hier, on a constaté du strabisme externe de l'œil gauche qui a disparu aujourd'hui. Pupille gauche dilatée. A partir d'une heure de l'après-midi, hoquet bientôt suivi de respiration stertoreuse, mort dans la journée.

Autopsie. — *Cerveau.* A la base du cerveau, on constate un épaississement de l'arachnoïde entre le chiasma et la protubérance; il existe de plus des *traînées de pus concret* au *niveau du chiasma et de l'origine des nerfs optiques* qui en sont recouverts presque complètement. Les *méninges* qui *recouvrent l'origine des scissures de Sylvius sont rouges, vascularisées et infiltrées d'un exsudat fibrino-purulent* d'aspect lai-

Digitized by Google

teux; en détachant des fragments de ces méninges, on trouve au-dessous la substance nerveuse un peu excoriée. Les méninges qui recouvrent la protubérance sont également fortement injectées; au niveau du chiasma, la pie-mère est épaissie, adhérente; le *chiasma lui-même est ramolli.* A la convexité, on constate une hyperhémie considérable des méninges; celles-ci se laissent enlever facilement, grâce à un exsudat séreux abondant; elles contiennent *en abondance des granulations tuberculeuses.* Aucune lésion apparente à la surface et à la coupe du cerveau. *Pas d'épanchement notable* dans les ventricules. *Cervelet.* Il existe à l'*extrémité postéro-inférieure du lobe gauche du cervelet une tumeur* (tuberculeuse) *du volume d'une petite noix,* mesurant d'avant en arrière 2 centimètres et demi, transversalement 2 centimètres et demi et 1 centimètre de haut en bas. Cette tumeur est nettement délimitée; elle paraît sous-jacente aux méninges qui, enflammées chroniquement à son niveau, ont contracté quelques adhérences avec la dure-mère. Cette tumeur est bosselée à la surface; sa consistance est assez dure. A la coupe, on constate qu'elle est formée à sa périphérie par une substance nacrée, translucide, blanchâtre, et au centre par une bouillie caséeuse. Le cervelet est un peu ramolli à la périphérie de la tumeur. L'autre lobe cérébelleux est intact. *Bulbe et protubérance* intacts. *Poumons.* Poumon gauche congestionné, mais crépitant partout. Poumon droit : épaississement considérable de la plèvre à la partie postéro-inférieure; bronches un peu dilatées au lobe inférieur, parenchyme un peu condensé, infiltré de sérosité sanguinolente, mais flottant sur l'eau. *Nulle part de tubercules.* — *Cœur.* Volume normal. Muscle un peu pâle et mou. — *Abdomen. Petit abcès caséeux du volume d'une petite noix dans la paroi abdominale,* au-dessous du péritoine, à la hauteur de la 9e côte. *Foie.* Congestion veineuse assez notable sans altérations de texture. *Reins* congestionnés. *Rate* ramollie. *Intestins* sains. *Estomac* volumineux, pouvant contenir 3 litres de liquide. Diamètre transversal, 23 centimètres. Diamètre vertical, 13 centimètres. Vers le pylore et la grande courbure, injection vasculaire avec piqueté hémorrhagique sans ulcérations ni tubercules.

Il s'agit ici d'un tubercule du cervelet, remontant à un an et qui s'est traduit cliniquement par une céphalalgie sincipitale d'abord et plus tard par des vertiges et des vomissements bilieux. Une méningite tuberculeuse ultime termina la scène.

Réflexions. — Dans les quatre observations qui précèdent, deux fois le diagnostic de tumeur cérébelleuse a pu être établi pendant la vie et vérifié à l'autopsie. (Obs. I et II.) Chez le malade qui fait l'objet de notre troisième observation, on avait

Digitized by Google

pensé à une tumeur de la base du cerveau, comprimant d'une part le chiasma des nerfs optiques, de l'autre la protubérance ou les pédoncules cérébraux; enfin dans le dernier cas, les symptômes de la méningite tuberculeuse ultime reléguaient à l'arrière-plan ceux de la tumeur du cervelet. Pour en revenir à nos deux premiers faits, l'absence de paralysie excluait l'idée d'une lésion siégeant soit au niveau de la zone motrice corticale, soit en un point quelconque du faisceau pyramidal; d'autre part, l'intégrité des fonctions intellectuelles, sur laquelle nous avons insisté à maintes reprises dans le cours de ces observations, ne permettait pas de penser à une altération des lobes frontaux du cerveau. Restait donc l'hypothèse d'une tumeur occupant soit les lobes postérieurs du cerveau, soit le cervelet. Cette dernière hypothèse était justifiée par l'existence bien caractérisée chez nos sujets d'un certain nombre de symptômes attribués en général par les auteurs aux lésions cérébelleuses, tels que vomissements, difficulté de la marche, tendance à tomber sur tel ou tel côté, crises de tremblement, amaurose, etc. Bien qu'aucun de ces phénomènes ne soit absolument caractéristique et que chacun puisse se rencontrer dans d'autres localisations cérébrales, cependant leur association plus ou moins complète s'observe surtout dans les tumeurs cérébelleuses. Parmi les plus importants de ces symptômes, Blachez[1] place au premier rang la *céphalalgie,* la *faiblesse musculaire,* l'*incoordination des mouvements* sans paralysie vraie, avec conservation de l'intelligence et de la sensibilité. Nothnagel[2] est plus réservé: pour lui, les seuls symptômes pouvant être considérés comme exprimant un trouble fonctionnel du cervelet sont la *titubation spéciale* et les *vertiges violents,* la première indiquant une lésion du lobe moyen. Encore ces phénomènes peuvent-ils se rencontrer dans d'autres maladies du système nerveux; la céphalalgie, les vertiges, les vomissements et l'amblyopie existent, d'après lui, dans toutes les affections qui diminuent la capacité crânienne, c'est-à-dire dans toutes les tumeurs encéphaliques.

Nos observations nous fournissent l'occasion de jeter un coup d'œil rapide sur la symptomatologie des tumeurs cérébelleuses et d'apprécier, dans une certaine mesure, la valeur diagnostique des signes cliniques par lesquels elles se traduisent. Nous passerons donc en revue les principaux phénomènes observés chez nos su-

1. *Dictionn. encyclopédique des sc. médicales,* 1re série, t. XIV.
2. Nothnagel, *Traité clinique du diagnostic des maladies de l'encéphale.*

Digitized by Google

jets, nous contentant d'indiquer sommairement les autres symptômes assignés d'ordinaire à ces tumeurs et qui ont fait défaut dans nos observations.

La *céphalalgie* a été dans tous les cas le symptôme initial de l'affection, et a persisté en général pendant toute la durée de son évolution avec des caractères variables : tantôt continue, extrêmement intense, tantôt passagère, intermittente, semblable à des coups de marteau successifs reparaissant à des intervalles variables. (Obs. IV.) Les auteurs s'accordent d'ailleurs pour signaler la fréquence de la céphalalgie dans les affections cérébelleuses. Macabiau[1] sur 60 observations la trouve signalée 36 fois (60 p. 100). Ollivier et Leven[2], sur 76 cas d'affections diverses du cervelet, la notent 41 fois (environ 54 p. 100). Luys[3] sur 100 cas, 58 fois. D'après les mêmes auteurs, la céphalalgie aurait pour siège de prédilection la région occipitale : 22 fois sur 36 cas où le siège de la douleur était bien précisé (Macabiau), 31 fois sur 34 cas (Leven et Ollivier), 25 fois sur 32 cas (Luys). Chez nos malades, cette localisation spéciale exclusive de la douleur a fait défaut : une fois la céphalalgie occupait la région du sinciput (Obs. IV) ; dans un cas, elle siégeait à la région sus-orbitaire (Obs. III) ; dans les deux autres elle affectait un siège variable, occupant tantôt le front et tantôt l'occiput. Il reste donc acquis que la céphalalgie consécutive aux tumeurs cérébelleuses est loin d'être en rapport constant avec le siège de la lésion ; toutefois, sa plus grande fréquence à la région postérieure de la tête est mise en évidence par les chiffres que nous empruntons aux auteurs cités plus haut.

Nous ne ferons que mentionner la fréquence des *vomissements* qui ont été également signalés dans toutes nos observations. Macabiau les avait notés déjà, environ dans la moitié des cas de tumeurs du cervelet étudiés par lui. Les statistiques de Luys et celles de Leven et Ollivier s'écartent sensiblement de ce chiffre (35 fois sur 100 cas d'après Luys, 22 fois sur 76 cas d'après Ollivier et Leven). Cette divergence s'explique par ce fait que ces derniers auteurs ont réuni des affections diverses du cervelet et non exclusivement des faits de tumeurs. D'après Nothnagel, en effet, les vomissements font défaut dans les affections de *dé-*

1. Thèse de Paris. 1869.
2. *Arch. de méd.*, 1864.
3. *Arch. de méd.*, 1870.

Digitized by Google

ficit et ne s'observent que dans les cas où la capacité crânienne est diminuée, c'est-à-dire dans les tumeurs et les foyers hémorrhagiques récents.

Le *vertige* mérite de nous arrêter davantage: chez deux de nos sujets, il a été observé de bonne heure, en même temps que la céphalalgie; dans notre 4e observation, il n'est apparu qu'à une période relativement avancée, 9 mois après l'apparition des premiers symptômes. Ce vertige cérébelleux présente, comme on le sait, des caractères particuliers; il se caractérise par des oscillations apparentes des objets, des sensations d'incertitude du corps, de vacillation, de translation. (Weill[1].) Les chiffres suivants, empruntés à Bernhardt[2], donnent une idée de sa fréquence relative: sur 112 cas de tumeurs cérébelleuses, le vertige a été observé 36 fois, à savoir 8 fois sur 22 cas de tumeurs du lobe moyen (36 p. 100), 28 fois sur 68 cas de tumeurs des lobes latéraux (40 p. 100.) Le siège de la tumeur paraît donc avoir peu d'influence sur la production de ce symptôme. Plus fréquent quand le malade passe de la position horizontale à la station debout, le vertige peut survenir même dans le décubitus horizontal ou dans la station assise; c'est ce qui s'est produit à plusieurs reprises chez l'une de nos malades (Obs. II) qui était prise de vertiges quand elle était assise sur une chaise, et qui était forcée de se cramponner à son siège pour ne pas tomber. Un fait remarquable chez cette femme et que nous n'avons trouvé signalé nulle part, c'est que le vertige était précédé d'une sorte d'*aura* caractérisée par des fourmillements remontant des orteils le long de la jambe; enfin ces vertiges ne s'accompagnaient pas de perte de connaissance, les malades rendaient parfaitement compte de leurs sensations; on sait d'ailleurs que le même fait s'observe dans le vertige de Ménière.

Le vertige cérébelleux est fréquemment accompagné de *troubles* de *l'équilibration* qui se traduisent tantôt par une simple *titubation* bien décrite par Duchenne, tantôt par des *chutes* qui peuvent se faire d'une façon irrégulière, mais parfois aussi dans un sens bien déterminé. La titubation n'a pas été nettement relevée chez nos malades; du moins nous ne l'avons pas observée: dans deux de ces cas, les malades à leur entrée au service étaient incapables de se tenir debout. (Obs. III et IV.) L'enfant J. R. (Obs. III)

1. Weill, Thèse d'agrégation. 1886.
2. Cité par Weill.

Digitized by Google

avait présenté antérieurement une certaine difficulté de la marche, mais il nous a été impossible d'obtenir sur ce point des détails précis. La malade de l'observation I présentait une *faiblesse musculaire des membres inférieurs,* ne ressemblant nullement à la titubation de Duchenne; enfin, la nommée Marie S... pouvait marcher sans hésitation au début; ce n'est que grâce à la contracture générale, qu'elle présenta plus tard, que la marche et même la station devinrent impossibles. D'ailleurs Wernicke[1] déclare que la titubation et le vertige ne sont pas inséparables; la première s'observerait surtout, d'après Nothnagel, quand le lobe médian est intéressé. Cette circonstance était réalisée dans notre 3e observation et il est d'autant plus regrettable que nous n'ayons pu savoir si ce malade avait ou non présenté, à une certaine période de sa maladie, le phénomène de la titubation cérébelleuse.

Par contre, chez deux de nos sujets les vertiges s'accompagnaient de *chute* (Obs. II et IV); dans un cas, l'observation ne spécifie pas le sens du mouvement; chez Marie S..., la chute se faisait toujours du côté gauche. Nothnagel pense, sans l'affirmer, que *la tendance à tomber d'un côté déterminé* se présente surtout quand les pédoncules cérébelleux moyens sont intéressés. Le malade de Friedberg[2] (ramollissement du pédoncule cérébelleux moyen gauche et méningite autour de la moitié gauche du cervelet) présentait des accès de vertiges avec vomissements qui s'accompagnaient tantôt de latéropulsion gauche, tantôt de cinq à six roulements autour de l'axe longitudinal de droite à gauche. Le cas de Belhomme[3] nous montre, avec des lésions du pédoncule cérébelleux moyen, des vertiges et des accès de tournoiement. Romberg[4] a vu chez un malade des vertiges avec tendance à tomber à gauche; à l'autopsie, il existait un ramollissement de la protubérance et du pédoncule cérébelleux moyen gauche. Chez notre malade, la lésion intéressait non le pédoncule moyen, mais le pédoncule cérébelleux inférieur; on pourrait rapprocher de ce fait le cas de Curschmann[5] où une lésion semblable avait produit des vertiges et un décubitus latéral droit forcé. D'ailleurs, ces localisations sont certainement hâtives et il semble qu'il s'agisse bien plutôt ici de phénomènes d'irradiation : dans notre première

1. Wernicke, *Lehrbuch der Gehirnkrankheiten*.
2. Cité par Nothnagel.
3, 4. Cités par Nothnagel.
5. *Deut. Archiv f. Klin. Wochenschr.* Bd XII.

Digitized by Google

observation, la malade présentait une tendance manifeste à se diriger *à droite ;* or, chez elle les pédoncules cérébelleux étaient intacts et la lésion occupait le lobe gauche ainsi qu'une partie du vermis supérieur. Nous pouvons donc dire, avec Nothnagel, que le sens de la chute ne fournit aucune indication précise *relativement à une localisation exacte* du siège de la tumeur dans le cervelet : il semble, dit-il, qu'elle ait lieu de préférence du côté de la lésion, mais il y a des exceptions et nous venons d'en citer un exemple.

On peut rapprocher des phénomènes précédents, la *tendance à certaines attitudes du corps et de la tête* qui paraît avoir été plusieurs fois constatée. Nous n'insisterons pas sur la *déviation conjuguée des yeux et de la tête* que nous avons mentionnée chez Marie S..., en dehors des attaques convulsives. Elle n'appartient pas en propre aux tumeurs du cervelet, nous l'avons rencontrée dans toutes sortes d'hémiplégies de cause cérébrale, alors même qu'il n'existait pas de perte de connaissance, et à cet égard nous ne saurions souscrire à l'opinion de Nothnagel quand il déclare ne pas connaître d'observations qui montrent ce phénomène en dehors du coma apoplectique ; aussi pense-t-il que l'existence bien et dûment établie de ce symptôme en dehors de l'état comateux pourrait peut-être témoigner en faveur d'une affection des pédoncules cérébelleux ou de la protubérance. Nous le répétons, les faits que nous avons eus sous les yeux ne nous permettent pas d'attribuer, au point de vue qui nous occupe, la moindre valeur diagnostique à la déviation conjuguée.

Il en est autrement de la *rétroflexion de la tête,* de l'*opisthotonos* et du *pleurosthotonos* que nous avons observés chez plusieurs de nos sujets. Chez X. (Obs. I), la tête était renversée en arrière, en extension forcée sur le tronc; de plus, la malade présentait des accès de tremblement sans perte de connaissance pendant lesquels le tronc et la nuque se recourbaient en arrière et à gauche (pleurosthotonos gauche et opisthotonos), c'est-à-dire du côté de la lésion. L'enfant J... (Obs. III) présentait également du pleurosthotonos.

Plusieurs exemples de contracture de la nuque ont été recueillis par différents auteurs :

I. Mackenzie. — Enfant de 2 ans. Début par fixité des yeux et rigidité de la nuque. Au bout de 2 mois, vomissements, somnolence, papille étranglée et symptômes psychiques. Accès tétaniques avec *persis-*

Digitized by Google

tance dans l'intervalle de tétanos cervical. Tumeur à la partie inférieure du cervelet. Hydrocéphalie ventriculaire.

II. Mackenzie. — Jeune homme de 19 ans, scrofuleux. Début par aggravation d'une céphalalgie habituelle, *tétanos cervical* avec incurvation du rachis en avant, de façon que le sujet était couché sur les omoplates et les fesses. Accès convulsifs de 10 minutes à 2 heures, avec augmentation de la raideur et mal de tête, suivis de vomissements avec cris et troubles du sensorium, papille étranglée. Tubercule caséeux ayant détruit la plus grande partie de la face inférieure de l'hémisphère gauche du cervelet.

III. Huglings Jackson. — Homme de 35 ans, bien portant jusque-là. Accès de raideur douloureuse à la nuque qui augmentent de fréquence et d'intensité. Au bout de 3 mois, *contracture persistante de la nuque* augmentant par accès. Démarche un peu titubante, céphalalgie occipitale. Vomissements intercurrents, névrite optique double et amblyopie. Accès convulsifs durant jusqu'à un jour avec opisthotonos et contracture des muscles de la jambe. Mort subite. Cysto-sarcome comme une grosse noix dans la partie interne de l'hémisphère cérébelleux gauche.

IV. Griessinger[1]. — Homme, 20 ans, chute sur la tête suivie, au bout de 6 jours, de vertiges, douleurs frontales et occipitales, ensuite vomissements, puis lassitude, somnolence, ralentissement du pouls; dans les trois dernières semaines, pouls accéléré, amblyopie progressive jusqu'à cécité, démarche titubante, parésie gauche légère, douleurs de tête étendues souvent à la nuque et au rachis avec *incurvation de la tête en arrière,* strabisme interne de l'œil gauche, souvent accès de tremblement de tout le corps avec conservation de la connaissance. Mort au bout de 2 mois. Carcinome occupant tout le vermis supérieur, sauf la partie postérieure, avec prolongement jusqu'aux tubercules quadrijumeaux aplatissant ceux du côté droit. Tout le pédoncule cérébelleux diminué. Tumeur du volume d'un pois au niveau du nerf optique gauche.

Les *paralysies des membres* s'observent rarement dans les tumeurs cérébelleuses. Macabiau sur 60 cas a noté une hémiplégie 8 fois seulement. Cubasch[2] sur 82 cas a noté 9 fois une hémiplégie ou une hémiparésie. Ferber[3] sur 32 cas ne relève que 3 fois l'hémiplégie. Cette hémiplégie a été parfois homonyme. Dans nos observations, nous n'avons noté nulle part de paralysie complète; mais plutôt une parésie, un affaiblissement musculaire

1. Ces quatre observations sont empruntées à l'ouvrage de Wernicke.
2, 3. Cités par Nothnagel.

Digitized by Google

général. Chez l'enfant R... seul, la paralysie était très prononcée; elle a coïncidé d'ailleurs avec le développement de l'hydrocéphalie ventriculaire. Pour les autres cas, il est rationnel de la rattacher avec Wernicke à une compression du pont de Varole ou de la moelle allongée. Les contractures reconnaissent évidemment le même mécanisme; les paralysies et la contracture sont donc des symptômes surajoutés qui n'appartiennent nullement en propre à la séméiologie des affections du cervelet. Cependant, parmi ces phénomènes de voisinage, la *paralysie faciale* mérite une mention spéciale. Chez Marie S..., nous avons noté une paralysie transitoire du facial inférieur droit, c'est-à-dire du côté opposé à la tumeur.

Un fait analogue a été publié par Vulpian [1].

Enfant de 15 ans, malade depuis deux ans. Un mois avant l'entrée, vomissements répétés, céphalalgie occipitale avec exacerbations et amblyopie. Démarche difficile, vision assez bonne à droite, presque perdue à gauche. *Parésie faciale droite,* sensibilité et intelligence intactes. Plusieurs accès épileptiformes. Mort après 53 jours. Tumeur du volume d'un œuf de poule, de nature tuberculeuse, dans l'hémisphère gauche du cervelet, dépassant un peu la ligne médiane.

Pour Nothnagel, la paralysie faciale est un accident rare; elle siège en général du même côté que la lésion, et les rameaux supérieurs du nerf sont presque toujours intéressés. Cette paralysie paraît résulter, comme la paralysie des membres, d'une compression exercée par la tumeur; l'interprétation en est moins aisée dans les cas comme le nôtre où la paralysie était croisée.

Nous devons noter encore les *paralysies oculaires:* chez Marie S..., il s'est produit par intervalles du strabisme convergent; dans plusieurs autres observations, un strabisme variable a été constaté. Wernicke, qui a bien étudié ces symptômes, mentionne la fixité du globe de l'œil (Mackenzie) et le ptosis qu'il explique par le voisinage des tubercules quadrijumeaux et des noyaux des muscles de l'œil. Pour lui, ce qu'on observerait le plus souvent serait la paralysie double des abducteurs (oculo-moteurs externes) ou d'un seul d'entre eux. Dans des cas rares, on constaterait une paralysie associée (déviation conjuguée des yeux), due à une lésion d'un noyau d'un seul abducteur. Pour expliquer ce phéno-

1. Cité par Leven et Ollivier.

Digitized by Google

mène, il faut se rappeler que le moteur oculaire externe d'un côté envoie un filet au muscle droit interne du côté opposé.

Enfin, pour terminer ce qui a trait aux troubles de la motilité dans les tumeurs cérébelleuses, nous rappellerons les *crises épileptiformes* et les *accès de tremblement* que nous avons notés chez plusieurs de nos sujets. (Obs. I, II et III.) Souvent, comme Huglings Jackson l'avait déjà signalé, ces accès se sont produits *sans perte de connaissance.* D'après nos trois faits, ce serait là un bon symptôme des lésions cérébelleuses. Malheureusement, ce phénomène paraît faire souvent défaut. Ollivier et Leven ne mentionnent les mouvements convulsifs que 4 fois sur leurs 76 observations; Luys, sur ses 100 cas, a trouvé 12 fois des convulsions, 7 fois seulement du tremblement.

La sensibilité générale s'est conservée intacte chez deux de nos malades; le troisième présentait une analgésie générale bien certainement consécutive, de même que la paralysie, à l'hydrocéphalie ventriculaire; chez le dernier, où la phase exclusivement cérébelleuse de la maladie a été soustraite à notre observation, nous avons relevé un certain degré d'hyperesthésie générale en relation avec le développement de la méningite tuberculeuse. Nous pouvons donc admettre avec tous les auteurs que la sensibilité générale ne subit pas d'altérations dans les tumeurs cérébelleuses.

En revanche, il existe souvent dans ces maladies des troubles de la sensibilité spéciale. Wernicke insiste sur l'importance de la *cécité précoce* au point de vue du diagnostic des tumeurs du cervelet. L'observation apprend, en effet, que ce sont ces tumeurs qui déterminent le plus souvent d'une façon rapide l'étranglement papillaire et l'amaurose. Ces phénomènes s'expliquent soit par la *compression produite sur le chiasma et les bandelettes optiques par l'hydropisie du ventricule moyen,* soit par la compression directe des tubercules quadrijumeaux. Wernicke pense même que l'hydrocéphalie peut être elle-même l'agent compressif dans ce dernier cas, et il explique le développement de l'épanchement par la compression de l'aqueduc de Sylvius ou celle des veines de Galien avant leur embouchure dans le sinus droit : dans l'un et l'autre cas, la compression doit atteindre les tubercules quadrijumeaux. Tous nos sujets ont présenté une amaurose précoce et à évolution rapide. Dans trois cas en particulier (Obs. I, II et III), l'épanchement ventriculaire était abondant, le plancher du 3e ventricule soulevé par le liquide formait une saillie considérable sur

Digitized by Google

laquelle passaient les bandelettes optiques; il semble donc que l'hydrocéphalie ait été ici la cause efficiente de la cécité progressive par compression exercée directement sur les bandelettes optiques.

Les autres sens ont été trouvés parfois altérés. La surdité double peut être, comme l'amaurose, la conséquence de l'hydrocéphalie, sans que les nerfs acoustiques soient directement lésés (Wernicke). La surdité et l'anosmie, qui a été également observée quelquefois, peuvent cependant reconnaître un tout autre mécanisme. Dans une observation de Mackenzie rapportée par Wernicke, il existait de la surdité, de l'amaurose, de l'anosmie, de la perte du goût et une anesthésie du trijumeau déterminées par une tumeur de la couche optique droite étendue au cervelet. Mais ces troubles multiples sont rares; le plus souvent, il n'existe que de la cécité et de l'anosmie (Wernicke). Deux de nos malades ont présenté quelques troubles sensoriels: l'enfant J... avait perdu l'odorat et le goût, symptômes qui, étant apparus à une période avancée de la maladie, semblent devoir être rattachés à l'hydrocéphalie énorme qui existait chez ce sujet. Marie S... éprouvait quelques troubles auditifs; elle avait perdu la notion de la direction des sons et différenciait difficilement certaines odeurs et saveurs. Mais ces symptômes, peu accusés d'ailleurs, n'ont jamais abouti à l'abolition complète des fonctions.

Enfin, un fait remarquable qui ressort de plusieurs de nos observations, c'est la *conservation presque parfaite des facultés intellectuelles,* sauf dans les cas (Obs. III) où, par le fait d'une hydrocéphalie ventriculaire énorme, le cerveau s'atrophie peu à peu et perd graduellement toutes ses fonctions. La femme S... (Obs. II) est particulièrement intéressante à cet égard : plongée habituellement dans un état de torpeur et de somnolence, gâteuse et semblable en apparence à ces vieux hémiplégiques tombés, comme on le dit vulgairement, dans l'enfance, il suffisait de la questionner un instant pour la tirer de cet état de passivité psychique; elle pouvait alors calculer mentalement, et ses réponses montraient que sa mémoire et son intelligence étaient demeurées parfaitement indemnes.

Conclusions. — D'après les considérations qui précèdent, nous pouvons conclure que les signes les plus fréquents et les plus importants des tumeurs cérébelleuses se résument dans les suivants: *céphalalgie* tenace, siégeant souvent mais non toujours à

Digitized by Google

la région occipitale, *vomissements, vertiges* persistants, accompagnés de troubles de l'équilibre (*titubation cérébelleuse, chutes* parfois dans un sens déterminé), tendance aux attitudes spéciales du corps ou de la tête (rétroflexion de la tête, *opisthotonos, pleurosthotonos*), convulsions épileptiformes ou tremblement choréiforme, *troubles oculaires* (*strabisme, amaurose précoce*), enfin, contrastant avec les symptômes précédents, intégrité remarquable de la sensibilité générale et des facultés intellectuelles, rareté de paralysies. Ces divers phénomènes, associés en plus ou moins grand nombre, permettent très fréquemment d'établir le diagnostic de tumeur cérébelleuse.

SUR DES TROUBLES D'ÉQUILIBRATION DANS DEUX CAS DE TUMEURS DU LOBE PARIÉTAL DU CERVEAU.

Dans les deux observations que nous allons relater, il s'agit de tumeurs occupant le lobe pariétal du cerveau et la substance blanche sous-jacente, ayant déterminé, entre autres symptômes, des mouvements irrésistibles du corps : mouvements de manège, tendance au recul, chutes dans un sens déterminé. La pathogénie de ces phénomènes est encore obscure ainsi que leur localisation anatomique ; de nombreux et nouveaux faits venant s'ajouter aux nôtres permettront peut-être un jour de mieux préciser les conditions qui mettent en jeu le mécanisme de ces troubles d'équilibration.

Obs. I. — *Hémiplégie gauche incomplète, passagère, puis progressive. Titubation, tendance à dévier à droite pendant la marche, quelquefois recul. Attaques épileptiformes, amblyopie. Gliome du lobule pariétal inférieur et du centre ovale.*

S... (Joseph), maçon, âgé de 37 ans, entre à l'hôpital le 10 septembre 1886. Antécédents morbides : en 1871, le malade aurait eu une pleurésie et une fièvre continue ; en 1873, il contracta la *syphilis :* chancre, éruptions cutanées, alopécie, plaques muqueuses..., et fut traité par des injections sous-cutanées de mercure. Il se porta bien jusqu'en 1884, mais dans le cours de cette année, il fut pris tout à coup d'une *hémiplégie gauche* survenue brusquement, sans prodromes. Cette hémiplégie était incomplète, le malade pouvait se lever, mais non s'ha-

Digitized by Google

biller seul; il fut traité par l'iodure de potassium à hautes doses. Il traîna la jambe gauche pendant plus de deux mois, et ce n'est que peu à peu que ce membre recouvra l'intégrité de son fonctionnement; la paralysie du bras persista plus longtemps et ne cessa que trois semaines environ après la guérison du membre inférieur.

La maladie actuelle remonte à *un mois et demi;* elle débuta par une *douleur frontale plus accusée du côté droit,* revenant par accès quotidiens vers 5 heures du matin et qui cessa après deux ou trois jours. Cette douleur très intense ne s'accompagnait alors d'aucun trouble de la vue.

Depuis une quinzaine de jours seulement, le malade se plaignait de voir constamment passer des flammèches devant ses yeux ; enfin depuis huit jours, *la vue a considérablement baissé,* le malade a peine à se conduire, il distingue mal les objets qui lui apparaissent comme au travers d'un brouillard. Vers la même époque, *le bras et la jambe gauche ont commencé à faiblir;* d'ailleurs, le malade ne s'est jamais plaint d'aucun trouble de la sensibilité, il n'a jamais eu non plus de peine à parler.

État actuel. Constitution forte. Tempérament sanguin. Pas de déviation de la face. Pas de strabisme. Pupilles régulières moyennement dilatées, la droite un peu plus que la gauche. Le malade peut lever les deux bras en l'air et les y maintenir indéfiniment. Force musculaire: main droite, 45 ; main gauche, 30. Aucune contracture dans les membres. Réflexes patellaires abolis des deux côtés. Réflexes cutanés intacts. Le malade exécute tous les mouvements avec les membres inférieurs. Il peut se tenir sur les deux jambes, mais non sur une seule ; il *marche en titubant,* les jambes écartées, sans traîner la jambe gauche. Par moments, quand le malade marche, on constate *une tendance à la déviation de la tête vers la droite.* Aucun trouble des sphincters.

Intelligence assez nette, quoique un peu lente. *Céphalalgie assez vive.* Sensibilité au tact et à la douleur conservée. Sens musculaire intact. Aucun trouble de l'ouïe, du goût, de l'odorat. *Amaurose presque complète des deux côtés :* le malade ne reconnaît pas les objets, même à une courte distance des yeux. Pas d'hémianopsie. L'examen ophthalmoscopique montre les lésions suivantes : la papille est œdématiée, les artères ne sont pas apparentes, les veines présentent un petit calibre et sont interrompues par places par des caillots. (Frictions mercurielles. Iodure de potassium, 4 gr.)

13 septembre. La céphalalgie paraît avoir diminué. *La tendance à la déviation de la tête et des yeux vers la droite est très marquée.* Même état de la vision. Force dynamométrique : main droite, 45 ; main gauche, 33. Le malade se tient assez bien debout et marche avec hésitation; aucune lésion viscérale.

Digitized by Google

17 septembre. Hier au soir, le malade étant levé est tombé tout à coup *sans connaissance, le bras gauche contracturé.* Au bout de quelques minutes, l'intelligence reparut peu à peu ; dans la nuit, *vomissements abondants.* Ce matin, l'intelligence est nette, les envies de vomir ont cessé. Force dynamométrique : main droite, 38 ; main gauche, 25. Les mouvements des membres inférieurs sont libres. Aucune déviation des traits de la face, pupilles égales, langue tirée vers la gauche. Sensibilité intacte. Abolition du réflexe du genou des deux côtés.

20 septembre. Ce matin, le malade étant assis sur une chaise près de son lit fut pris tout à coup d'un *étourdissement et tomba en avant* la tête la première, comme s'il eût été attiré par une force invisible. Il ne put se relever seul, on dut le recoucher dans son lit et tout se dissipa rapidement. A la visite, il ne se plaint d'aucun malaise ; nous apprenons de ses voisins qu'il lui est déjà arrivé quelquefois de tomber de son lit ; *la chute se fait toujours du côté droit. La déviation conjuguée des yeux et de la tête vers la droite persiste.* Le malade peut placer le bras gauche sur la tête. Le dynamomètre indique : main droite, 36 ; main gauche, 23. Le malade peut se tenir une seconde environ sur la jambe gauche ; *la marche est hésitante, et on constate une tendance du malade à appuyer vers la droite,* comme s'il était attiré de ce côté. Même état de la vision ; l'examen du fond de l'œil indique : *papille blanc nacré, atrophiée.* Artères invisibles. Veines obturées par intervalles par des caillots. Les autres fonctions s'exécutent normalement. (Continuation des frictions. Iodure, 5 gr.)

22 septembre. Rien de particulier, si ce n'est que *la force musculaire tend à diminuer de plus en plus dans la main gauche. Les plis de la face paraissent plus accusés du côté droit* que du côté gauche.

25 septembre. Le malade se trouve mieux ; il n'est plus tombé depuis plusieurs jours. *Céphalalgie du côté droit.* Le malade peut lever les deux bras en l'air, mais ne peut les tenir ainsi plus d'une seconde : *force dynamométrique nulle à la main gauche. La tête est toujours déviée à droite, même tendance à se diriger de ce côté dans la marche. Urines involontaires.* (Suppression des frictions. Continuation de l'iodure.)

27 septembre. Le malade est plus hébété ; cependant, il comprend bien les questions. Ce matin, *il est tombé de sa chaise toujours en avant et à droite.* Dynamomètre : main droite, 23 ; main gauche, 2. (Iodure de potassium, 6 gr.)

28 septembre. Le malade peut lever le bras et la jambe gauches en l'air et les tenir ainsi indéfiniment. *Dynamomètre : main droite, 20 ; main gauche, 30.* En marchant, *il traîne un peu la jambe gauche et présente une tendance à dévier vers la gauche.* La déviation conjuguée de la tête et des yeux persiste.

30 septembre. Intelligence très obtuse ; le malade semble toujours égaré. *Tendance au mouvement de manège de gauche à droite quand le*

Digitized by Google

malade marche et par moments, tendance au recul. Main gauche, 14. Main droite, 32. (Frictions mercurielles.)

2 octobre. Dynamomètre: main droite, 40; main gauche, 15. Quand on commande au malade de marcher droit devant lui, *il va tantôt à droite, tantôt à gauche ;* quelquefois, la tête se tourne d'emblée d'un côté et le malade suit dans cette direction ; d'autres fois, cette déviation ne se produit qu'après quelques instants. Il peut d'ailleurs difficilement tenir la tête droite, et malgré ce qu'on lui commande, il ne manque jamais de la tourner soit à droite, soit à gauche. D'ailleurs, le sens de l'orientation ne semble pas aboli ; le malade se dirige au commandement soit à droite, soit à gauche.

4 octobre. Hier matin, en voulant faire prendre au malade ses aliments, on s'aperçut qu'il était sans connaissance dans son lit ; la respiration était stertoreuse, les mâchoires serrées l'une contre l'autre avec un peu d'écume aux lèvres, *les membres raidis, surtout du côté gauche.* Au bout d'un quart d'heure, la contracture avait cessé, mais le malade resta sans connaissance toute la journée et ne reconnut pas sa femme qui était venue pour le voir. Ce matin, la face est hébétée, cependant l'intelligence est assez nette et le malade peut répondre aux questions ; *la crise d'hier a été suivie de vomissements qui ont persisté pendant toute la nuit.* Les traits de la face sont parfaitement symétriques ; les pupilles sont égales, la langue est un peu déviée à gauche. Le malade peut tenir le bras droit en l'air indéfiniment, *mais laisse retomber presque immédiatement le bras gauche.* La marche est hésitante, le malade *traîne un peu la jambe gauche. Tendance marquée à incliner vers la droite.* Réflexes tendineux nuls des deux côtés. Pouls, 84. Urines involontaires.

5 octobre. Léger strabisme externe de l'œil gauche. Intelligence très lente : le malade dit son nom, son âge, mais après réflexion. Quand on lui met dans la main un trousseau de clefs et qu'on lui demande ce que c'est, il dit que c'est une « chaîne », puis « un thermomètre ». Une tabatière, un morceau de pain, un porte-monnaie sont bien reconnus. On lui met un verre dans la main, il le retourne pendant quelques instants et dit : C'est une médecine, et ensuite : c'est de l'iodure de potassium. Que fait-on d'une clef ? — R. Ce que l'on peut...

L'état général décline : amaigrissement notable.

7 octobre. Le malade n'a pas eu de nouvelles crises depuis trois jours. Ce matin il se tient difficilement debout : *La tête est inclinée sur l'épaule droite et le corps est incurvé en arc de cercle de ce côté. Tantôt le malade présente une tendance au recul, tantôt il tend à tomber du côté droit.*

Au dynamomètre: main droite, 35; main gauche, 2. Le malade peut tenir la main gauche en l'air pendant sept secondes. La langue n'est plus déviée.

Digitized by Google

8 octobre. Main droite, 22. Main gauche, 3. *Le malade ne peut plus se tenir debout* si on ne le soutient : dès qu'on l'abandonne à lui-même, il se laisse tomber. Quand on veut le faire avancer, il présente *une tendance manifeste au recul ;* en même temps, *son corps s'incline en arrière* et il tomberait s'il n'était retenu à temps.

9 octobre. Le malade a vomi son repas hier soir; il a refusé de manger ce matin. Actuellement, il est complètement *inerte,* ne répondant pas aux questions. *Déviation à droite de la tête et des yeux. Traits de la face tirés vers la droite. Pupille droite dilatée, pupille gauche punctiforme.* Sensibilité intacte. Constipation depuis 2 jours.

11 octobre. Même état. Résolution musculaire complète. Pouls, 132. Déglutition difficile. Ventre rétracté en bateau.

12 octobre. Pouls, 172, tremblotant. Stupeur complète. Cyanose de la face. Sueurs profuses. Ventre rétracté. Pupilles contractées, surtout la gauche. Mort dans la journée.

Autopsie. — *Poumons :* Adhérences pleurales anciennes du côté droit. Vers le milieu de la face antérieure du poumon droit, se trouve *une nodosité du volume d'une noisette* dont la coupe offre un aspect blanc caséeux, sans trace de tubercules environnants. A la face postérieure du lobe supérieur, il existe, dans l'épaisseur de la plèvre, une plaque blanche, dure, d'apparence cartilagineuse, de consistance fibreuse. Un peu d'emphysème des deux sommets. Congestion *des lobes inférieurs.*

Cœur. — Diamètre transversal, 11 centimètres ; diamètre vertical, 11 centimètres. Surcharge graisseuse considérable sur le cœur droit. Tissu flasque, pas de lésions valvulaires. Cœur droit : épaisseur de la paroi 9 millimètres, largeur ventriculaire 6 centimètres 1/2. Cœur gauche : paroi, 2 centimètres. *Foie.* Volume normal. Tissu pâle et mou. Quelques taches graisseuses à la surface. *Reins* normaux. *Cerveau.* Le cerveau reposant sur sa convexité paraît dès l'abord déformé et asymétrique : *l'hémisphère droit* présente *une forte saillie au niveau du lobe moyen jusqu'à l'origine du lobe occipital ; saillie siégeant sur la convexité* et mesurant en hauteur 4 centimètres environ. Les vaisseaux de la base ne semblent pas altérés et ne contiennent pas de caillots anciens. La protubérance, le bulbe et le cervelet sont intacts. Hémisphère droit : à la base, *le chiasma et la bandelette optique droite sont un peu aplatis ; la substance grise qui forme le plancher du ventricule moyen est saillante et distendue par une assez grande quantité de liquide séreux,* contenu dans la cavité de ce ventricule. De plus, *la surface interne et antérieure du lobe moyen est saillante, fluctuante* jusqu'au bord externe du pont de Varole. En plaçant le cerveau sur sa base, on voit que les méninges sont minces et friables du côté droit.

Le lobule pariétal inférieur est soulevé et forme une tumeur hémisphérique présentant elle-même quelques bosselures arrondies. La

Digitized by Google

surface externe de cette tumeur présente une coloration rouge luisant ; elle est mince, comme fluctuante, et adhère assez fortement aux méninges. La tumeur mesure exactement d'avant en arrière 6 centimètres 1/2, et transversalement 5 centimètres. En arrière, elle est limitée par une ligne fictive prolongeant, sur la face externe de l'hémisphère, la scissure perpendiculaire interne ; en bas, la tumeur s'arrête exactement au niveau de l'origine du lobe sphénoïdal ; en haut, elle est limitée par la scissure interpariétale qui la sépare du lobule pariétal supérieur ; celui-ci, refoulé en haut, ne mesure que 2 centimètres de hauteur. Enfin en avant, la tumeur s'arrête en arrière de la circonvolution pariétale ascendante qui est intacte. Les circonvolutions des lobes occipital et frontal sont saines mais un peu aplaties.

Une première coupe horizontale, pratiquée à deux centimètres au-dessus du corps calleux, montre que *la tumeur s'étend profondément dans la substance blanche du cerveau.* Elle commence à 10 centimètres de l'extrémité antérieure du cerveau et s'arrête à 5 centimètres 1/2 de la pointe du lobe occipital ; en dehors, elle s'étend, comme on l'a vu, jusqu'à l'écorce cérébrale ; en dedans, elle est séparée de la scissure interhémisphérique par une distance de 1 centimètre 1/2. Son diamètre antéro-postérieur sur cette surface de section est de 7 à 8 centimètres ; transversalement, elle mesure 8 centimètres. La périphérie de la tumeur offre une coloration violacée avec arborisations vasculaires, le bord interne est blanc, lardacé, le centre est ramolli, blanc, réfringent par places, ailleurs d'aspect colloïde.

Sur une seconde coupe pratiquée à deux centimètres au-dessous de la première, on voit que la tumeur offre la même disposition que plus haut à sa partie interne, mais qu'en dehors elle n'arrive plus jusqu'à la périphérie du cerveau ; elle est séparée de l'écorce par une largeur de 3 centimètres 1/2.

Une troisième coupe au niveau des corps opto-striés montre que ceux-ci, ainsi que les capsules interne et externe, le lobule de l'insula, sont intacts. Sur cette préparation, on voit que le foyer commence à 23 millimètres en arrière de l'extrémité postérieure du noyau lenticulaire et à 1 centimètre 1/2 en dehors et en arrière du bord externe de la couche optique. Le bord externe de la tumeur est distant de 3 centimètres de la surface de l'écorce. La forme générale de la tumeur est arrondie, sa consistance molle.

Enfin sur une dernière coupe pratiquée à un demi-centimètre de la base du cerveau, on tombe sur la saillie que nous avons notée à la base et qui constitue la partie la plus profonde de la tumeur ; celle-ci offre à ce niveau une surface circulaire de 2 centimètres de diamètre.

L'examen histologique de la tumeur montre qu'il s'agit d'un *gliome.*

Ainsi, deux ans environ après une première atteinte d'hémi-

Digitized by Google

plégie gauche incomplète et passagère, apparaissent les premiers symptômes de la maladie actuelle : douleur frontale droite pendant quelques jours, amblyopie progressive et parésie des membres du côté gauche. Six semaines après le début, on constate, outre les phénomènes précédents, un certain degré de titubation et une tendance à la déviation conjuguée des yeux et de la tête vers la droite. Dans la suite, apparaissent des attaques épileptiformes, souvent suivies de vomissements et dans lesquelles la chute se fait d'une manière bien déterminée parfois en avant, mais généralement du côté droit. En même temps, le malade présente pendant la marche une tendance à se diriger à droite ; la déviation conjuguée du même côté est à peu près constante. L'affaiblissement des membres du côté gauche augmente progressivement et on constate de plus passagèrement une parésie faciale gauche.

Plus tard l'hémiplégie gauche s'accentue davantage ; le malade traîne la jambe et ne peut plus presser le dynamomètre ; les troubles de l'équilibration pendant la marche deviennent permanents et on constate de plus une tendance au mouvement de manège de gauche à droite, alternant avec une tendance manifeste au recul. D'autres fois, quand le malade veut marcher en avant, il ne peut se maintenir dans une direction rectiligne ; il dévie tantôt à gauche, tantôt à droite, plus souvent dans cette dernière direction ; la tête est toujours inclinée à droite, le tronc lui-même présente une incurvation de ce côté. A la fin, le malade ne peut plus se tenir debout sans aide ; il présente une tendance irrésistible au recul et à la chute en arrière ; l'intelligence, depuis longtemps affaiblie, s'obscurcit davantage, les perceptions tactiles sont mal interprétées et la mort survient un peu plus de deux mois et demi après l'apparition des premiers symptômes. L'autopsie montre un gliome volumineux ayant détruit tout le lobule pariétal inférieur et se propageant dans une grande étendue du centre ovale.

Obs. II. — *Vertiges, affaiblissement intellectuel, somnolence. Tendance au recul, à la chute en arrière, au mouvement de manège de gauche à droite. Tumeur fibroplastique dans la scissure interpariétale s'étendant dans la substance blanche jusqu'au ventricule latéral.*

La nommée J. Marie, âgée de 48 ans, journalière, entre à l'hôpital le 10 juin 1886. Cette femme vivait seule et misérablement ; nous n'avons pu recueillir sur son compte que peu de renseignements. Nous savons

Digitized by Google

seulement qu'elle n'a jamais eu aucune maladie, si ce n'est qu'elle a été atteinte, il y a 5 ans, d'un œdème des membres inférieurs, lequel s'est d'ailleurs dissipé rapidement. Depuis quelques jours seulement, elle se plaint de *vertiges et d'étourdissements* qui durent environ 2 à 3 minutes et se répètent fréquemment, mais sans perte de connaissance.

A son entrée, on constate les symptômes suivants :

Constitution profondément détériorée. Apyrexie. Intelligence très obtuse ; cependant, la malade répond aux questions qu'on lui adresse, et reconnaît, en les nommant par leur nom, les objets qu'on lui présente. Pouls régulier, petit, égal. Rien de particulier du côté du cœur et des autres viscères. Pas de paralysie des membres : la malade *marche assez bien, quoiqu'en hésitant un peu.* La sensibilité est intacte ; la vision normale.

Peu de jours après, le 21 juin, la scène a changé. La malade a l'air *hébété* et semble se parler constamment à elle-même ; cependant elle répond encore assez bien aux questions ; elle reste inerte dans son lit ; laisse tomber le dynamomètre qu'on lui présente sans pouvoir le serrer. *Les traits de la face paraissent plus accusés du côté gauche* que du côté droit. Les mouvements volontaires existent dans les quatre membres. *Les réflexes patellaires sont exagérés* des deux côtés. *Urines et selles involontaires.*

On fait lever la malade et on constate immédiatement *qu'elle ne peut se tenir debout* si on ne la soutient.

Quand on tient la malade par les deux mains, on s'aperçoit *qu'elle est entraînée en arrière ;* et si on l'abandonne à elle-même, elle *fait un mouvement de recul et tend invinciblement à tomber sur le dos. Quand elle veut marcher en avant, elle ne le peut et elle est entraînée à marcher en arrière et de gauche à droite,* le pied gauche passant au-dessus du pied droit. Si on la soutient fortement tout en obéissant à son mouvement, on constate *une tendance au mouvement de manège de gauche à droite.*

La sensibilité est normale.

Quelques taches de purpura sur les membres.

24. La malade se plaint depuis quelques jours de *céphalalgie frontale.* Le 21, elle s'est laissée tomber de son lit et n'a pu se relever. Urines et selles toujours involontaires. Ce matin à la visite : *somnolence,* face hébétée ; pupilles égales ; même état que plus haut.

25. La malade reste dans un état *d'inertie* complète ; elle *divague,* mais cependant *comprend* encore les questions et tire la langue quand on le lui commande. Extrémités froides. Urines et selles involontaires. *Tendance à la raideur dans le bras gauche.* Réflexes tendineux exagérés. Sensibilité obtuse. P., 68, régulier, égal.

26. Depuis hier soir, la malade refuse tout aliment et serre fortement les dents quand on lui présente quelque chose. Ce matin, *tendance*

Digitized by Google

de la tête à se diriger à droite, quelques *mouvements convulsifs dans les yeux* qui se portent alternativement à droite et à gauche. *Somnolence ; sans perte de connaissance.* Râles trachéaux. *Le bras droit retombe* à peu près inerte. *Le bras gauche,* soulevé en l'air et abandonné à lui-même, *retombe plus lentement ;* il présente une certaine raideur. *Phénomène du pied assez marqué à droite,* réflexes patellaires exagérés des deux côtés. *Tendance à la raideur dans les deux membres inférieurs.* Les mouvements volontaires persistent : *aucune paralysie vraie.* Sensibilité conservée.

Mort le 27 au matin.

Autopsie (28 juin). — *Cerveau :* Hémisphère droit. *A la partie postérieure et latérale de cet hémisphère,* il existe *une tumeur globuleuse,* à surface lisse, peu adhérente aux méninges, mesurant *environ 5 centimètres en tous sens.* Cette tumeur commence *à 4 ou 5 centimètres en arrière du bord postérieur de la circonvolution pariétale* ascendante ; en arrière, elle s'étend jusqu'à l'origine du lobe occipital ; en haut et en dedans, elle est séparée de la scissure interhémisphérique par un intervalle de 1 centimètre 1/2 environ. Plus exactement, *elle est située au-dessous des 2/3 postérieurs de la scissure interpariétale qui la sépare du lobule pariétal supérieur* qui est intact : *elle répond en avant au lobule pariétal inférieur* qu'elle refoule et dont les circonvolutions sont aplaties ; *en bas, à l'origine des circonvolutions temporales qui paraissent superficiellement ramollies* au voisinage immédiat de la tumeur ; en arrière, elle s'arrête exactement sur le trajet d'une ligne fictive prolongeant, sur la face externe de l'hémisphère, la scissure perpendiculaire interne. Sur des coupes, on constate que *la tumeur pénètre dans la substance blanche à une profondeur de 4 centimètres ;* elle présente une coque extérieure formée par la substance corticale de l'hémisphère, doublée intérieurement par un tissu ferme, de coloration blanc bleuâtre, lardacé, mesurant de 8 millimètres à 1 centimètre d'épaisseur ; et dont le contenu est constitué par une substance très molle, filamenteuse, flottant sous l'eau. Cette tumeur s'énuclée facilement du tissu nerveux avoisinant ; elle s'enfonce dans la substance blanche jusqu'au ventricule latéral ; les corps opto-striés, et le lobe occipital, en arrière de la tumeur sont intacts. La corne postérieure du ventricule latéral est considérablement distendue ; *et la cavité ventriculaire, dont la paroi est elle-même ramollie, communique avec le centre de la tumeur par un orifice situé au niveau de la jonction des cornes occipitale et sphénoïdale du ventricule.*

L'examen histologique, pratiqué sur-le-champ, montre qu'il s'agit d'une *tumeur fibro-plastique.*

Hémisphère gauche. Ne présente aucune altération sauf un peu de liquide dans les ventricules.

Digitized by Google

Les pédoncules cérébraux et cérébelleux, la protubérance, le bulbe, le cervelet, les vaisseaux ne présentent pas d'altérations.

Poumons. Emphysème assez marqué aux sommets. Congestion intense des lobes inférieurs. *Cœur.* Surcharge graisseuse notable. Hauteur 10 centimètres. Diamètre transversal 11 centimètres. Cœur gauche: diamètre transversal 5 centimètres, épaisseur 4 millimètres. Cœur droit: diamètre transversal 3 centimètres 1/2, épaisseur 4 millimètres. Tissu pâle et flasque. Aucune altération valvulaire. Quelques plaques athéromateuses sur l'aorte. *Foie* congestionné. Diamètre transversal 18 centimètres; hauteur: lobe droit, 15 ; lobe gauche, 10. *Reins.* Poids 70 grammes. Longueur 7 centimètres 1/2 et 8 centimètres. Coloration rouge brun. Surface un peu granuleuse, décortication assez difficile.

En résumé, chez cette malade, l'affection a débuté au commencement du mois de juin par des vertiges et des éblouissements passagers. Peu après, l'intelligence commence à s'affaiblir ; la malade devient inerte, somnolente ; elle comprend les questions et y répond, mais dès qu'on l'abandonne à elle-même, elle ne cesse de divaguer. A part un certain degré de parésie faciale droite fugace, on n'a pas constaté chez elle de paralysie bien localisée; mais, fait remarquable, il existait, par moments, une déviation de la tête du côté de la lésion et surtout une tendance au recul et à la chute en arrière, plus une tendance au mouvement de manège de gauche à droite. Vers la fin de la maladie, il se produisit une certaine raideur des membres inférieurs avec exagération des réflexes tendineux. Notons enfin l'absence complète de tout trouble visuel. A l'autopsie, on constate une tumeur fibroplastique développée dans la partie postérieure de la scissure interpariétale refoulant les parties voisines et s'étendant dans la substance blanche jusqu'au ventricule latéral.

Réflexions. — Au point de vue *étiologique,* la première de ces deux observations mérite d'appeler un instant l'attention : le malade avait contracté la syphilis en 1873; onze ans après, en 1884, il présentait une hémiplégie gauche incomplète qui guérit à la suite d'un traitement par l'iodure de potassium ; il semblait donc qu'on dût rattacher à la même cause spécifique les accidents nouveaux qui l'amenaient à l'hôpital et l'*idée d'une gomme cérébrale* s'imposait naturellement à l'esprit. Cependant, en dépit des apparences, le traitement mixte par les frictions mercurielles et l'iodure restait inefficace et l'autopsie ne vérifiait nullement l'hypothèse d'une lésion syphilitique. En présence de ces faits, nous

Digitized by Google

nous demandons aujourd'hui si la première atteinte d'hémiplégie gauche ne doit pas être considérée, contrairement à ce que nous avions pensé, comme indépendante des accidents syphilitiques antérieurs et si elle n'a pas été comme le prélude de l'affection qui devait emporter notre malade. La chose n'a rien d'invraisemblable quand on se rappelle combien les tumeurs cérébrales peuvent demeurer longtemps à l'état latent, et peut-être en réalité, cette hémiplégie passagère a-t-elle correspondu à la première phase du développement de la tumeur qui serait ensuite restée muette jusqu'à l'éclosion des accidents terminaux.

C'est surtout au point de vue *séméiologique* que nos deux observations ont présenté des particularités dignes d'intérêt. Nous passons rapidement sur les symptômes qui leur sont communs avec les tumeurs cérébrales en général : les *attaques épileptiformes* observées chez le premier de nos sujets, les *vertiges* et les *éblouissements* passagers notés chez le second, la *déchéance intellectuelle progressive* signalée dans les deux cas ; tous symptômes dus à l'irritation ou à la compression de la masse encéphalique par la présence de néoplasmes volumineux. La *céphalalgie* a été constatée également dans les deux cas : chez la femme J... (Obs. II), la douleur, assez fugace d'ailleurs, occupait la région frontale et ne pouvait par conséquent fournir par elle-même aucune indication précise sur le siège de la lésion ; chez S..., au contraire, elle siégeait à droite, c'est-à-dire du même côté que la tumeur, mais elle occupait aussi la région du front et n'était pas en relation exacte avec le siège de la lésion ; cette discordance est du reste signalée dans beaucoup d'observations.

Nous insistons encore d'une manière spéciale sur les *troubles visuels* (papille étranglée et amaurose) que notre premier malade a présentés dès le début de son affection. Ils s'expliquent, comme dans les faits de tumeurs cérébelleuses qui ont fait l'objet d'un mémoire récent, par la compression exercée sur le chiasma et les bandelettes optiques par l'hydropisie du ventricule moyen, dont le plancher formait à la base du cerveau une tumeur volumineuse et fluctuante. Cette interprétation est si vraie que dans notre observation II, où il n'existait qu'un faible degré d'épanchement ventriculaire, la vue a conservé son intégrité jusqu'à la fin.

Chez cette malade, nous n'avons pas constaté de *paralysie limitée des membres,* tandis que chez le premier, une lésion de siège très analogue avait déterminé une *hémiplégie gauche* progressive.

Digitized by Google

Ce fait d'une paralysie consécutive à une *tumeur* siégeant en dehors de la zone corticale motrice et du trajet du faisceau pyramidal n'a cependant rien qui doive étonner : « La symptomatologie des tumeurs cérébrales, disent Charcot et Pitres, est loin de présenter l'uniformité, la constance, la précision qu'offre la symptomatologie des lésions *destructives* limitées du cerveau... Tous les cas de tumeurs cérébrales sont forcément complexes : elles agissent à la fois en détruisant certains points des centres nerveux, en irritant les parties voisines et en comprimant le reste de l'encéphale. » Il s'agit en effet ici de symptômes de voisinage et qui n'infirment en rien la doctrine généralement admise des localisations cérébrales.

Nous arrivons maintenant à l'étude des points vraiment spéciaux à nos observations. On sait que Ferrier avait placé vers le lobule pariétal inférieur le centre de certains mouvements des yeux.

Grasset[1], précisant davantage, place le centre cortical moteur du releveur de la paupière supérieur au haut de la scissure parallèle, dans le pli courbe ; pour Landouzy[2], ce centre devrait être cherché dans la partie postérieure du lobe pariétal. Or chez nos deux sujets *nous n'avons jamais constaté de ptosis,* bien que le lobule pariétal inférieur fût dans les deux cas, dans le premier surtout, le siège d'une altération profonde. Cette tentative de localisation est d'ailleurs combattue par d'autres auteurs, en particulier par Pitres qui déclare que la destruction du gyrus angulaire (lobule du pli courbe) ne s'accompagne pas de paralysie de la paupière supérieure. Nothnagel[3], de son côté, constate que dans la plupart des cas d'affections pures des circonvolutions pariétales, la blépharoptose fait défaut et que d'autre part on a constaté plusieurs fois une blépharoptose isolée, sans qu'il existât de lésions du lobe pariétal; aussi ne peut-il considérer encore comme démontrée la relation de la blépharoptose avec la lésion des circonvolutions pariétales.

Nous ne pouvons admettre davantage l'opinion de Grasset et de Landouzy sur la localisation corticale de la *déviation conjuguée des yeux et de la tête.* Ce phénomène a été observé dans nos deux cas; il s'agissait ici non d'une déviation convulsive, mais d'une déviation paralytique, les malades regardant du côté de l'hémis-

1. *Traité pratique des maladies du système nerveux.*
2. *Arch. gén. de méd.,* 1877.
3. *Traité clin. du diagnostic des maladies de l'encéphale.*

Digitized by Google

phère lésé. D'après les expériences de Ferrier, il y aurait deux régions de l'écorce cérébrale dont l'excitation électrique entraîne la rotation de la tête et des yeux du côté opposé : 1° le pied de la deuxième frontale ; 2° la circonvolution qui coiffe la scissure de Sylvius, les deux tiers postérieurs de la première temporale et le pli courbe. Les faits de Grasset et de Landouzy plaident en faveur de ce dernier centre. Pour Grasset, quand la déviation conjuguée doit être attribuée à une lésion corticale, l'altération siège le plus souvent dans les circonvolutions qui coiffent le fond de la scissure de Sylvius et le pli courbe. Landouzy place ce centre sur le pied du lobule pariétal inférieur, sur cette partie qui *amorce* le lobule pariétal inférieur au pied de la circonvolution pariétale ascendante. Nos deux observations, et la première en particulier, tendraient à confirmer cette manière de voir. Mais nous avons observé maintes fois ce symptôme avec des lésions de siège différent : nous pensons plutôt, avec Nothnagel, que l'existence de la déviation conjuguée des yeux et de la tête ne permet pas dans l'état actuel de nos connaissances, le diagnostic topographique de la lésion.

Nous insisterons tout particulièrement sur la *tendance aux impulsions irrésistibles* observée chez nos sujets. Dans la première observation, on voit que les attaques épileptiformes s'accompagnaient souvent de chute soit en avant, soit plus généralement du côté droit. Plus tard, le même malade présentait pendant la marche une tendance à se diriger vers la droite, alternant avec une ébauche de mouvement de manège de gauche à droite : finalement ces phénomènes firent place à une tendance au recul et à la chute en arrière. La femme J... a présenté des symptômes analogues : une propulsion en arrière et une tendance au mouvement de manège de gauche à droite, c'est-à-dire du côté de la tumeur.

Les observations publiées jusqu'à ce jour ne permettent pas plus que les expériences sur les animaux d'élucider le mécanisme ou de localiser la topographie de ces troubles d'équilibration, mouvements de manège, propension à tomber d'un côté déterminé, tendance au recul ou à la déviation d'un côté pendant la marche, observée chez nos malades. On tend en général à localiser ces phénomènes dans le cervelet, sous l'influence probablement de l'ancienne doctrine de Flourens qui faisait de cet organe le centre coordinateur des mouvements. Nothnagel pense que c'est surtout la lésion des pédoncules cérébelleux moyens qui com-

Digitized by Google

mande ces symptômes. Toutefois, cet auteur relate quelques faits de mouvement de manège et de mouvements irrésistibles en avant ou en arrière relevant d'une localisation toute différente. Telles sont l'observation de Mesnet (déviation à droite pendant la marche due à une tumeur de la moitié du lobe antérieur droit comprimant les corps opto-striés), celle de Laborde (mouvement de manège par destruction des corps opto-striés), celle de Friedreich (impulsion à courir en avant par sarcome de la dure-mère déprimant la surface du cerveau dans la région de la grande fontanelle), celle de Pétrina (rétropulsion en arrière et à droite par tumeur occupant la couche blanche médullaire des deux lobes pariétaux et frontaux); ce dernier fait se place à côté des nôtres où il existait par moments de la rétropulsion avec une lésion existant dans le lobe pariétal. Il est donc établi par nos deux observations confirmant les précédentes, que ces différents phénomènes n'appartiennent pas exclusivement aux lésions du cervelet, ni de l'isthme de l'encéphale, et ne sauraient servir de base à une localisation anatomique précise. Ajoutons cependant que, chez nos deux sujets, le mouvement de manège se faisait du côté de la tumeur. Chez le premier, les chutes se faisaient aussi le plus ordinairement du même côté, fait que nous avions déjà noté dans une de nos observations de tumeurs cérébelleuses[1].

Il faut des observations nombreuses pour rattacher un symptôme donné à son siège anatomique réel; dans les centres nerveux plus que dans tous les autres organes, se développent des phénomènes à distance dus au choc, à l'irradiation fonctionnelle, aux troubles de circulation, aux actions réflexes, aux dégénérescences consécutives de certaines fibres cérébro-spinales dont quelques-unes seules sont connues, à ce que Brown-Séquards appelle l'inhibition et la dynamogénie; la même lésion du lobe pariétal qui chez nos deux malades, par une coïncidence singulière, a donné lieu à des mouvements irrésistibles se retrouvera chez d'autres sujets sans déterminer les mêmes phénomènes; pour que la relation directe entre le siège d'une lésion et le trouble fonctionnel correspondant soit établi, il faut que ce trouble se reproduise chaque fois que le même territoire sera affecté.

1. *Revue médicale de l'Est*, 1er janvier 1887. Obs. II.

Digitized by Google

MÉNINGITE ET PNEUMONIE.

C. (Joseph), âgé de 34 ans, manœuvre, est entré à l'hôpital le 8 juin 1887. Quatre semaines auparavant, nous dit-on, il aurait été traité au service de M. le professeur Spillmann pour une angine couenneuse dont il était complètement guéri lorsque, le 4 juin, à 11 heures du soir, il fut pris tout à coup d'un violent frisson accompagné d'une douleur vive à la partie antéro-inférieure droite du thorax, et en même temps d'une toux fréquente avec expectoration visqueuse non colorée. Deux jours plus tard, le 6 juin, survint une violente céphalalgie et des vomissements qui se répétèrent pendant toute la journée du 7. Enfin, le 8 juin au matin, le malade fut pris d'un délire furieux qui nécessita son transport d'urgence à l'hôpital.

A son entrée, le 8 juin au soir, nous trouvâmes le malade dans un état d'agitation excessive; la température était à 40°, le pouls à 100, très petit et irrégulier, la respiration anxieuse, accompagnée de râles trachéaux, l'intelligence complètement abolie. Les pupilles étaient inégalement dilatées, le ventre rétracté en bateau; l'état du malade ne permit pas l'examen direct du thorax, on put seulement constater de la submatité à la base gauche. La mort survint dans la nuit.

A l'autopsie, on nota les lésions suivantes : la plèvre gauche contenait environ 100 grammes de liquide citrin. Le lobe supérieur du poumon gauche était très emphysémateux, le lobe inférieur, recouvert à sa surface d'exsudat fibrineux, était le siège d'une pneumonie à la période d'hépatisation grise. Le lobe supérieur du poumon droit offrait également l'aspect de l'hépatisation grise commençante, les lobes inférieurs étaient simplement congestionnés. Le péricarde contenait un peu d'épanchement sanguinolent. Le cœur, de volume normal, ne présentait d'autre lésion qu'un certain degré de surcharge graisseuse. Le foie, la rate et les reins étaient indemnes. Les méninges présentaient une infiltration purulente diffuse, principalement à la convexité et au niveau du cervelet, et se montrant sous forme de traînées le long des vaisseaux. La décortication du cerveau était facile et la substance cérébrale ne présentait aucune lésion ni à la surface, ni à la coupe.

MM. Haushalter, chef de clinique médicale, et Legrain, aide d'histoire naturelle, ont bien voulu se charger de l'examen histologique des méninges et tous deux ont constaté d'une façon très nette la présence des diplocoques de Friedländer dans le pus infiltré. De plus, M. Legrain a reconnu les mêmes éléments dans les produits du rades parties du poumon hépatisées.

Digitized by Google

Nous ne voulons pas insister sur les phénomènes cliniques qui nous ont permis de porter le diagnostic de méningite : la céphalalgie intense, le délire, les vomissements, l'inégalité pupillaire, le ralentissement et l'irrégularité du pouls, la rétraction du ventre, étaient autant d'arguments en faveur de cette idée. La méningite a débuté chez notre malade deux jours après l'invasion de la pneumonie; ce fait est la règle ordinaire, d'après les relevés de Schæffer, c'est du 6e au 9e jour de la pneumonie qu'apparaissent en général les premiers symptômes méningés. Cependant M. Netter, dans un mémoire récent, relate des cas où la méningite est apparue antérieurement à la lésion pulmonaire, ou bien après la défervescence. Enfin dans notre cas, la survie a été courte et n'a pas dépassé 2 jours; dans la plupart des observations publiées, la mort a également suivi de près le début des manifestations cérébrales sur 65 observations où l'invasion de la méningite a été nettement caractérisée. M. Netter a vu la mort survenir 41 fois pendant les deux premiers jours. Cependant Andral, Immermann et Netter ont cité des cas où la maladie s'est prolongée pendant 6 et même 11 jours, mais ce sont là des faits exceptionnels.

On a beaucoup discuté pour essayer de saisir la relation qui existe entre la lésion pulmonaire et l'inflammation méningée. Personne ne croit plus avec Béhier qu'il s'agisse là d'une coïncidence purement fortuite sans lien de parenté entre les deux affections. Les théories qui voient dans la méningite le résultat d'une stase sanguine dans les vaisseaux cérébraux, soit par acte réflexe comme le voulait Gubler, soit par suite de l'imperméabilité absolue d'une partie étendue du poumon, ne sont pas mieux fondées; il y a loin en effet de l'hyperhémie passive ou neuroparalytique à l'inflammation vraie, et d'ailleurs cette conception de la suppuration est en contradiction complète avec les idées courantes sur le mécanisme de la formation du pus.

On s'accorde aujourd'hui à considérer la méningite pneumonique et la pneumonie elle-même comme la résultante de l'activité du microbe spécial à cette dernière maladie, du pneumocoque, ainsi que le prouve la présence simultanée de cet agent dans les exsudats pneumoniques et méningés. A cet égard, notre observation présente un grand intérêt et se place à côté des faits semblables recueillis par Cornil et Babès, Firket, Frœnkel, etc., et tout récemment par Netter. Ce dernier auteur a complété cette démonstration expérimentalement en développant chez des ani-

Digitized by Google

maux une méningite pneumococcique par injections de produits de cultures de pneumocoques dans la cavité crânienne.

Il s'agit maintenant de décider si la méningite est contemporaine de la pneumonie ou bien si elle lui est consécutive, en d'autres termes, si les deux maladies résultent d'une même infection atteignant à la fois l'encéphale et le poumon, ou bien si la méningite est la conséquence de la résorption des germes infectieux au niveau du foyer pneumonique et de leur localisation secondaire dans les méninges encéphaliques.

Si l'on veut se ranger à cette dernière hypothèse, il est impossible de ne pas être frappé dès l'abord de ce fait que le processus morbide est en général localisé tout entier dans les méninges, la substance cérébrale restant indemne, tandis que dans les embolies vulgaires, quel que soit leur point de départ, ce sont les artères cérébrales qui deviennent exclusivement le siège de thromboses.

Dira-t-on que l'apparition tardive de la méningite est un argument en faveur de l'antériorité de la lésion pulmonaire ? Nous répondrons d'abord que cette règle n'est pas absolue, qu'il y a des méningites à pneumocoques qui peuvent devancer l'apparition de la pneumonie; de plus, il est permis de supposer que les méninges sont un terrain moins favorable que le poumon pour le développement du pneumocoque, par conséquent que, pour une même infection, portant à la fois sur les deux ordres de tissus, la période d'incubation peut être plus courte pour le second que pour le premier. Enfin M. Netter vient de démontrer, d'une façon absolument concluante, que les agents pathogènes peuvent arriver directement à l'encéphale sans passer par le poumon.

Nous nous croyons donc autorisés à conclure que la méningite et la pneumonie sont étroitement liées entre elles au point de vue pathogénique, bien qu'il n'existe aucune relation de cause à effet entre la seconde et la première, mais qu'elles résultent toutes deux d'une double localisation de l'agent infectieux de la pneumonie sur le poumon et les méninges.

Digitized by Google

ICTÈRE GRAVE PRIMITIF D'ORIGINE ALCOOLIQUE. MORT EN 8 JOURS. HÉPATITE PARENCHYMATEUSE ET INTERSTITIELLE.

M... (Auguste), âgé de 44 ans, scieur de bois, alcoolique avéré, est entré à l'hôpital le 26 mai 1886. L'affection actuelle aurait débuté le 21, c'est-à-dire 5 jours auparavant : vers 8 heures du soir, le malade fut pris d'étourdissements, de frissons suivis de chaleur et fut obligé de rentrer chez lui pour se coucher ; le lendemain, la toux se déclara, accompagnée, le jour suivant, d'un point de côté gauche, d'oppression, de vomissements ; depuis ce jour, la faiblesse est extrême.

État actuel (*26 mai*). Temp. : matin, 38° ; pouls, 128, régulier, égal. Constitution moyenne, teint jaune subictérique ; la coloration est surtout marquée aux sclérotiques. Langue blanche, un peu sèche. Thorax bien conformé : expectoration épaisse, grisâtre, purulente. Respiration rugueuse dans les bases pulmonaires avec quelques rhonchus disséminés. Région de l'hypocondre droit un peu sensible ; le foie ne semble pas augmenté de volume. Urines albumineuses présentant les réactions des matières colorantes biliaires. Le malade se plaint d'éprouver des douleurs contusives dans les membres ; la pression éveille en effet des douleurs dans les muscles du tiers inférieur des cuisses, dans les muscles des mollets et de la région externe de la jambe ; aucune douleur ni aucun gonflement au niveau des articulations. La sensibilité est moins vive aux membres supérieurs. (Antipyrine 3 gr.) Temp. : soir, 36° ; pouls : 120.

27 mai. Temp. : matin, 35°6 ; pouls : 96, irrégulier. Temp. : soir, 36°4 ; pouls : 88. Le malade a transpiré assez notablement à la suite de l'ingestion d'antipyrine ; il se plaint d'une grande faiblesse, de céphalalgie, de douleurs à l'épigastre ; il vomit tout ce qu'il prend. L'intelligence est nette, le malade est calme et n'a pas déliré la nuit. Les douleurs persistent dans les membres inférieurs. La teinte ictérique est plus prononcée, la langue est sèche, le foie déborde de deux travers de doigt environ le rebord costal. Le choc du cœur est faible, les bruits assourdis. (Café, glace, vin de Champagne.)

28 mai. Temp. : matin, 36°8 ; pouls : 92, très petit. Le malade a eu hier des selles diarrhéiques jaunâtres. L'ictère a augmenté ; la toux et l'expectoration ont cessé, l'auscultation fait entendre quelques sibilances dans le thorax. Le foie déborde les côtes de deux travers de doigt. La faiblesse est extrême. Vers deux heures de l'après-midi, le malade est pris d'un frisson violent suivi d'un état de collapsus profond qui se termine par la mort vers 4 heures du soir.

Digitized by Google

Autopsie. — *Le foie* mesure longitudinalement 30 centimètres, la hauteur du lobe droit est de 20 centimètres. Le poids de l'organe est de 2,350 grammes. La surface est lisse, semée d'arborisations vasculaires; coloration jaune à la coupe. La partie inférieure du canal cholédoque renferme un peu de mucus puriforme; le conduit ne présente nulle part aucun obstacle; une sonde cannelée introduite par l'extrémité de la vésicule pénètre facilement dans l'intestin. — *Les reins* mesurent 12 centimètres et demi de long sur 5 de large; leur consistance est molle et friable. La décortication est en général facile; cependant, par places, sur le rein gauche, la capsule entraîne avec elle des lambeaux de parenchyme. A la coupe, le tissu est coloré en jaune par la bile; les pyramides sont effacées par places et comme étouffées par la substance corticale qui est augmentée de volume; celle-ci est jaune pâle, comme stéatosée. — *La rate* mesure 15 centimètres sur 8 de largeur, elle est molle et friable. — *Cœur*. Pas d'épanchement dans le péricarde; largeur, 10 centimètres et demi, hauteur ventriculaire 10. Cœur droit : diamètre transversal, 6 centimètres. Épaisseur de la paroi, 7 à 8 millimètres. Cœur gauche : diamètre transversal, 5 centimètres; épaisseur de la paroi, 20 millimètres. Coloration jaune du péricarde viscéral. Tissu musculaire rouge, de consistance flasque. Pas d'altérations valvulaires. — *Poumons*. Adhérences anciennes du poumon droit. Congestion considérable des deux poumons, surtout des lobes inférieurs; emphysème assez prononcé au niveau de la languette antérieure du poumon gauche. — *Estomac* un peu augmenté de volume; vers le cardia, dilatation veineuse avec suffusions hémorrhagiques se continuant jusqu'à la partie moyenne de la petite courbure et la face postérieure de l'organe, pour former à ce niveau une vaste plaque ecchymotique de 8 centimètres environ de diamètre. Le restant de la paroi est d'aspect normal; il existe seulement un léger pointillé hémorrhagique vers le pylore. Ce piqueté hémorrhagique se prolonge dans le duodénum sur une étendue de 30 centimètres environ. Nulle part on ne constate d'ulcération. L'intestin est sain partout ailleurs.

Examen histologique des organes (Baraban). — *Foie*. Les cellules hépatiques sont pour la plupart bien conservées, mais présentent l'aspect de la tuméfaction trouble; elles sont gonflées et remplies de granulations graisseuses et protéiques. Les plus grosses cellules présentent 2 à 3 noyaux, les plus petites n'en possèdent qu'un seul : quelques-unes sont atrophiées, réduites à un très petit volume. Les espaces portes agrandis montrent une prolifération embryonnaire abondante qui reste limitée à la périphérie des lobules, sans pénétrer dans leur intérieur. — *Les reins* montrent un certain degré de néphrite interstitielle (accumulation de noyaux embryonnaires entre les canalicules urinifères). L'épithélium est net; les glomérules présentent leur aspect normal. — *Cœur*. Les

Digitized by Google

fibres musculaires sont intactes, il n'existe pas de myocardite interstitielle; la tunique externe des artérioles est légèrement épaissie.

En résumé, un alcoolique est pris tout à coup de fièvre, de vomissements, d'ictère et de faiblesse générale; au bout de quelques jours, surviennent des douleurs contusives dans les membres inférieurs, de la céphalalgie, une anxiété épigastrique, le foie s'hypertrophie, l'ictère devient plus foncé, les urines contiennent de l'albumine en quantité notable, la température s'abaisse au-dessous de la normale; enfin, le 8e jour de l'affection, le malade est pris d'un violent frisson, suivi de collapsus mortel. On trouve à l'autopsie les voies biliaires libres, le foie augmenté de volume et altéré dans sa texture (tuméfaction trouble des cellules hépatiques et léger degré d'hépatite interstitielle), une hypertrophie de la rate, une néphrite interstitielle commençante, enfin des suffusions hémorrhagiques dans la muqueuse stomacale.

Il s'agit donc ici d'un ictère grave primitif, d'origine alcoolique, terminé par la mort dans l'espace de huit jours. Cette observation rentre dans la catégorie des faits décrits autrefois par Leudet[1] sous le nom d'ictère aigu des ivrognes. Nous ignorons toutefois si, comme dans les faits relatés par cet observateur, l'affection a été précédée, chez notre malade, par l'absorption rapide d'une grande quantité d'alcool; mais l'évolution des accidents a concordé d'une façon très nette avec la description qu'en a laissée Leudet. L'affection débute, d'après lui, par des vomissements et une douleur vive à l'épigastre, résultant de l'irritation produite par l'alcool sur la muqueuse stomacale, puis l'ictère apparaît, bientôt suivi d'étourdissements, de délire, d'une adynamie profonde, enfin la mort arrive, soit par suite d'une syncope, soit dans le coma. Dans la seule autopsie qui fut pratiquée, le foie présentait les lésions de l'atrophie jaune aiguë et l'estomac offrait l'aspect d'une inflammation ulcéreuse à marche rapide. Dans notre cas, le foie était augmenté de volume, mais il existait une hépatite, à la fois parenchymateuse et interstitielle.

Comme on le sait, l'alcool à doses faibles mais répétées détermine souvent une cirrhose ou une stéatose hépatiques; de plus, dans certains cas, soit que la quantité ingérée soit plus considérable, soit que le foie lui-même présente une prédisposition spéciale, il peut déterminer des accidents aigus. Dans ce cas, si le

1. Société de biologie, 1860.

Digitized by Google

processus porte exclusivement sur l'élément cellulaire, il donne lieu à une atrophie du foie; si, au contraire, en même temps que les cellules, le tissu conjonctif est intéressé, quoiqu'à un degré moindre, on pourra observer une augmentation de volume de l'organe, comme dans la forme que nous avons eue sous les yeux.

DE L'EMPLOI DE L'ANTIPYRINE DANS LE RHUMATISME ARTICULAIRE.

Alexander [1] et Demme [2] paraissent avoir été les premiers à signaler l'influence heureuse de l'antipyrine sur les manifestations articulaires du rhumatisme. Quelques mois plus tard, Masius [3] communiquait à l'Académie royale de Belgique un mémoire où il montrait que l'antipyrine, à la dose de 3 à 5 grammes, administrés dans l'espace de quelques heures, amenait une amélioration très rapide des phénomènes articulaires. Cette action curative serait moins durable que celle du salicylate de soude, mais, par contre, l'antipyrine n'aurait pas les effets secondaires fâcheux de ce dernier médicament.

Presque simultanément, et sans avoir eu connaissance des travaux antérieurs, Bernheim [4], dans une communication à la Société de médecine de Nancy, relatait dix observations de rhumatisants traités par l'antipyrine : il conclut que l'antipyrine, aux doses de 6 à 8 grammes, apaise en quelques heures les douleurs rhumatismales, sans qu'on puisse dire cependant si la durée totale de la maladie est ou non abrégée. Pour lui, l'antipyrine, le sulfate de quinine et le salicylate de soude, n'ont pas d'action *spécifique* sur le rhumatisme; mais ces agents, par la modification spéciale qu'ils déterminent dans les centres nerveux, auraient une action analgésiante et peut-être aussi trophique sur les manifestations du rhumatisme, grâce à laquelle l'évolution de la maladie pourrait s'accomplir avec peu ou point de douleur.

1. *Breslau Aerzte Zeitschrift,* 1884, n° 14.
2. *Fortschritte der Medizin,* 1884, n° 21.
3. *Académie de médecine de Belgique,* n° 1, 1885.
4. *Soc. de méd. de Nancy,* 25 février 1885, et *Gaz. hebdomadaire,* 1885.

Digitized by Google

Ces premières recherches ont été confirmées depuis par un certain nombre de cliniciens en France et à l'étranger. Neumann[1] a vu, dans 17 cas, l'antipyrine dissiper rapidement les douleurs et le gonflement, mais demeurer impuissante à empêcher les complications, les récidives et les accidents consécutifs. Dans un travail basé sur l'analyse de 24 observations, Lenhartz[2] conclut que l'antipyrine agit à peu près comme le salicylate de soude; elle abaisse la température, calme les douleurs et amène la résolution des lésions articulaires, mais ne prévient pas les récidives. Breton[3], dans une thèse soutenue à Montpellier, considère également l'antipyrine comme l'équivalent du salicylate.

Joubert Laurencin[4], sur 17 cas, a obtenu 15 succès; deux cas de rhumatisme blennorrhagique ont été rebelles à l'action de l'antipyrine. La durée de la maladie aurait été réduite à quatre jours, à la condition de ne pas suspendre trop tôt le médicament; les complications cardiaques et pulmonaires n'ont pu être évitées.

Les conclusions d'Eich[5] diffèrent peu des précédentes : l'action de l'antipyrine est fugace comme celle du salicylate de soude; elle n'agit pas dans le rhumatisme chronique avec lésions anatomiques des jointures, elle ne prévient pas les accidents viscéraux; cependant elle aurait eu quelquefois un effet avantageux dans les cas de complications endopéricardiques.

Citons encore un mémoire de Sécrétan[6], qui attribue à l'antipyrine une action aussi efficace que celle du salicylate de soude, sans l'inconvénient de déterminer, comme celui-ci, de l'intolérance gastrique et des symptômes cérébraux, et un travail de Clément[7] qui constate l'innocuité parfaite de l'antipyrine et lui donne la priorité sur le salicylate.

Tout récemment enfin[8], M. Germain Sée déclare que l'antipyrine doit être regardée comme le médicament le plus puissant et le plus inoffensif contre la douleur. La plupart des névralgies et des douleurs musculaires, les crises fulgurantes de l'ataxie loco-

1. *Berl. Klinische Wochens.*, n° 37. 1885.
2. *Annales de la Charité.* Berlin, 1885.
3. *Étude physiologique et thérapeutique de l'antipyrine.* Th. Montpellier. 1885.
4. Thèse de Lyon, 1885.
5. *Inaug. Diss.* Bâle, 1886.
6. *Rev. méd. suisse romande,* t. V, p. 718, et VI, p. 56.
7. *De l'Antipyrine dans le rhumatisme articulaire aigu avec complications diverses.* (*Lyon médical,* 29 août 1886.)
8. *Académie des sciences,* 18 avril 1887.

Digitized by Google

motrice, les douleurs angoissantes des affections aortiques, les céphalées, cèdent en général très rapidement à des doses d'antipyrine variant de 3 à 6 grammes ; dans la goutte aiguë, le même médicament fait cesser la douleur et le gonflement articulaire en deux ou quatre jours, sans déterminer aucun accident du côté du cœur ni des reins. Les mêmes effets s'observent dans les arthrites rhumatismales : chez quinze malades affectés de rhumatisme subaigu ou d'hydarthrose, qui avaient été traités sans succès par la cautérisation ponctuée ou le salicylate de soude, la douleur et l'engorgement articulaires disparurent sans récidive, grâce à la continuation du médicament à petites doses pendant une semaine environ. Dans le rhumatisme fébrile, M. Sée admet que l'antipyrine peut soutenir la comparaison avec le salicylate de soude. Toutefois, celui-ci agirait mieux et plus vite dans les formes intenses et généralisées.

De notre côté, nous avons eu occasion, depuis le commencement de l'année 1885, de traiter par l'antipyrine un certain nombre de sujets atteints pour la plupart d'affections rhumatismales. Les observations recueillies s'élèvent au chiffre de 34. Dix d'entre elles ont été publiées déjà [1] ; nous allons relater les autres aussi succinctement que possible. Elles peuvent se subdiviser en plusieurs groupes, ainsi qu'il suit :

Rhumatismes articulaires aigus et subaigus	15
Rhumatismes apyrétiques	5
Rhumatismes blennorrhagiques	2
Névralgies	2

Dans tous ces cas, la dose d'antipyrine a varié entre 2 et 8 grammes. Habituellement, nous en cessons l'emploi après la disparition des phénomènes douloureux, quitte à y revenir si les accidents réapparaissent. Nous évitons ainsi les phénomènes de saturation tels que les éruptions cutanées qui ont été signalées à la suite de l'administration prolongée du médicament : nous n'en avons observé, pour notre part, aucun exemple. L'antipyrine est donnée en simple solution dans un peu d'eau pure ou sucrée et fractionnée en prises de 2 grammes qui sont données d'heure en heure. La tolérance de l'organisme est en général parfaite ; on ne rencontre pas ces vertiges, ces bourdonnements d'oreilles si fréquents avec l'emploi du salicylate de soude. Le seul symptôme

1. Bernheim, *loc cit.*

Digitized by Google

pénible consiste en sueurs plus ou moins abondantes qui surviennent d'ordinaire une heure au plus après la première prise. Sur 34 observations, ces sueurs se sont produites 16 fois ; elles sont donc à peu près dans la proportion de 50 p. 100 des cas. Chez cinq de nos sujets, elles ont été peu abondantes ; chez les onze autres il s'agissait de sueurs profuses nécessitant souvent le renouvellement du linge de corps et du lit.

Dans la majorité des cas, l'antipyrine n'a donné lieu à aucun symptôme gastrique ; cependant des vomissements ont été notés dans quatre observations ; deux autres malades ont ressenti quelques nausées. D'ailleurs, dans les cas où l'antipyrine a été mal supportée, on peut, comme nous l'avons fait quelquefois, l'administrer sous forme de lavement ou bien par voie hypodermique.

1er groupe. — Rhumatismes aigus et subaigus.

Obs. I. — B... (Célina), 17 ans, cigarière, est entrée à l'hôpital le 30 mars 1885. Huit jours auparavant, elle a été prise de douleurs dans les hanches et les reins ; le lendemain, les cous-de-pied se prirent et enfin les genoux. A l'âge de 13 ans, elle aurait eu un rhumatisme articulaire aigu qui l'aurait tenue trois mois alitée.

État actuel (31 mars) : Temp. matin, 37°3 ; pouls, 88 ; temp. soir, 37° ; pouls, 88. Constitution bonne, tempérament mixte. A droite, la malade peut fléchir et étendre le pied et les orteils. Aucune tuméfaction articulaire. A la pression, *douleur vive au-dessous des deux malléoles. La flexion du genou est presque impossible, hydarthrose légère. Douleur à la pression au niveau du condyle externe du plateau tibial.* Mouvements de la cuisse libres. *Douleur à l'émergence du sciatique. Sensibilité à la pression de l'articulation carpo-métacarpienne du pouce.*

A gauche, *légère tuméfaction, sans rougeur, au-dessous de la malléole interne.* Mouvements des orteils et du pied libres. *Douleur à la pression à l'interligne tibio-tarsien et au-dessous de la malléole interne.* La malade ne *peut plier le genou qui est tuméfié, rouge* et *rempli de liquide épanché. Douleur très vive à la pression au-dessus du condyle interne du tibia et de la bourse séreuse sous-tricipitale.* L'articulation coxo-fémorale est libre. *Douleur à l'émergence du sciatique.*

Langue un peu blanche. Anorexie Constipation.

Respiration nette. Pointe du cœur au 5e espace, sur la ligne mamillaire. Souffle léger au 1er temps et à la pointe.

Leucorrhée depuis deux ans. Menstruation toujours régulière. (Antipyrine, 6 grammes.)

1er avril. Apyrexie. L'antipyrine a été prise hier entre midi et une

Digitized by Google

heure et demie. Quelques nausées sans vomissements. *Sueurs abondantes* jusque dans la nuit. A droite, *tous les mouvements du membre inférieur s'exécutent aisément. Aucune douleur à la pression des malléoles, du genou, du sciatique.* A gauche, *la rougeur et le gonflement ont disparu au pied. Mouvements très libres.* Aucune *sensibilité à la pression du pied, du genou, du nerf sciatique.* Une douleur légère à la partie interne du plateau tibial est cependant déterminée par une forte pression. *Le pouce droit est dégagé.* Le *gonflement du genou persiste.* (4 grammes.)

2 avril. Toute douleur a disparu. La malade peut marcher.

3 avril. Tous les mouvements sont libres. Le gonflement du genou a disparu.

Sortie de l'hôpital complètement guérie, la malade reprit ses occupations habituelles et se porta bien jusque vers le 17 mars 1886. A ce moment, elle fut prise d'oppression, de douleur à la région précordiale et de palpitations ; elle continua néanmoins à travailler pendant cinq jours, mais, le 22, elle commença à ressentir de nouveau des douleurs articulaires et dut rentrer à l'hôpital le 28 mars.

État actuel (29 mars) : Temp. matin, 39°2 ; pouls, 124 ; temp. soir, 38°4 ; pouls, 96. *Douleur spontanée et à la pression au niveau des sterno-mastoïdiens. Sensibilité à l'émergence des nerfs trijumeaux.* Douleurs dans les *articulations scapulo-humérales.* Les autres jointures (genoux, pieds) sont dégagées depuis la veille, grâce à une dose de 2 grammes de salicylate de soude. Pas d'hypertrophie du cœur. *Douleurs lancinantes à la région précordiale. Souffle systolique* à la pointe. Respiration nette. (Salicylate de soude, 4 grammes.)

30 mars. Temp. matin, 38°6 ; pouls, 120 ; temp. soir, 38°2 ; pouls, 108. *Les douleurs persistent au cou et dans les épaules.* (Antipyrine, 6 grammes.)

31 mars. Temp. matin, 38° ; pouls, 120 ; temp. soir, 38°4 ; pouls, 108. *Les sterno-mastoïdiens ne sont plus douloureux* à la pression ; *le trijumeau droit est toujours sensible. Douleur à la nuque et à la partie externe du muscle trapèze à gauche.* Mouvements de la tête libres. *Point douloureux vers le bord externe du grand pectoral gauche et au-dessous de l'appendice xiphoïde.* (Suppression.)

1er avril. Temp. matin, 38°2 ; pouls, 122 ; temp. soir, 39° ; pouls, 120. *Douleur à la région précordiale* au 6e espace intercostal, au *niveau des muscles deltoïde et trapèze gauches et des nerfs trijumeaux.* (Antipyrine, 6 grammes.)

2 avril. Temp. matin, 38° ; pouls, 108 ; temp. soir, 38°1 ; pouls, 108. *La douleur précordiale a disparu. La sensibilité du deltoïde et du trapèze n'existe plus. Douleur à l'articulation métacarpo-phalangienne de l'annulaire droit et à l'articulation de la 1re et de la 2e phalange du même doigt.* (Antipyrine, 4 grammes.)

Digitized by Google

3 avril. Temp. matin, 38° ; pouls, 120 ; temp. soir, 39° ; pouls, 120. *L'antipyrine a été vomie.* A droite, douleur dans les articulations du médius. A gauche, les mouvements de l'épaule sont un peu douloureux. Sensibilité vers le milieu de la région dorsale et dans la région interscapulaire. Respiration nette. Souffle mitral systolique. (Suppression.)

4 avril. Temp. matin, 39° ; pouls, 96 ; temp. soir, 39°5 ; pouls, 128. A droite, douleur à la face dorsale du poignet, aux articulations métacarpo-pharangiennes du pouce, de l'index et du petit doigt. A gauche, douleur aux articulations métacarpo-phalangiennes de l'index et de l'annulaire.

5 avril. Temp. matin, 39°8 ; pouls, 148 ; temp. soir, 38°6 ; pouls, 128. A gauche, *tuméfaction du poignet. Les quatre premières articulations métacarpo-phalangiennes et les articulations des 1res et 2es phalanges des mêmes doigts sont sensibles,* ainsi que *l'articulation acromio-claviculaire.* Bruits du cœur réguliers, fréquents. Quelques sibilances et rhonchus disséminés dans la poitrine. (Antipyrine, 6 grammes.)

6 avril. Les douleurs ont disparu. Pointe du cœur au 6e espace sur la ligne mamillaire. *Léger frottement* vers la pointe. Apyrexie. Pouls fréquent à 120. (Suppression.)

Du *7* au *12 avril,* la malade ne se plaint plus de rien, sauf d'un point douloureux fugace dans la région interscapulaire droite.

13 avril. Battements de cœur pendant toute la nuit. Bruits du cœur fréquents, tumultueux. Face pâle, anxieuse. Souffle présystolique et systolique à la pointe. (Digitale, 0,40.)

14 avril. Temp. matin, 38°4 ; pouls, 124 ; temp. soir, 38°8 ; pouls, 128. Mêmes symptômes du côté du cœur. Urines cardiaques, peu abondantes, troubles et denses. (Asystolie.)

A partir de ce moment les symptômes du rhumatisme s'effacent derrière ceux de l'affection cardiaque ; cependant, le 19 avril, on note des douleurs vers le bord supérieur du trapèze droit ; le 20, une tuméfaction douloureuse de l'articulation métacarpo-phalangienne de l'index droit et une sensibilité vive des muscles trapèzes, enfin une céphalalgie bitemporale. L'antipyrine ne pouvant être administrée à la manière ordinaire à cause de l'intolérance de l'estomac, est donnée à la dose de 6 grammes dans un lavement, et le lendemain on constate que la douleur phalangienne a disparu. La malade finit par succomber (malgré tous les traitements employés, le 15 mai) à une endopéricardite qui fut vérifiée à l'autopsie.

Ici, l'effet de l'antipyrine a été en réalité merveilleux : une première fois cette malade entre à l'hôpital pour ainsi dire percluse

Digitized by Google

de tous ses membres; une seule dose de 6 grammes d'antipyrine dégage presque complètement toutes les jointures du jour au lendemain; une seconde dose de 4 grammes complète l'effet de la première et la malade recouvre la liberté complète de ses mouvements. Un an plus tard, elle revient au service avec un rhumatisme aigu : le salicylate de soude reste impuissant; l'antipyrine, à la dose de 6 grammes, apaise à deux reprises les douleurs, sans empêcher de nouvelles localisations rhumatismales; une troisième dose de 4 grammes est vomie et reste sans effet marqué. Quelques jours plus tard, on y revient de nouveau, cette fois avec plein succès, mais le même jour on constate le développement d'une endopéricardite qui évolue rapidement et finit par emporter notre malade. Quelques douleurs intercurrentes ont cependant été encore dissipées par un lavement d'antipyrine. Ainsi, cet agent a exercé une action sédative manifeste sur l'élément douleur, mais n'a pu empêcher ni enrayer le développement d'une complication cardiaque mortelle.

Obs. II. — R... (Sébastien), âgé de 45 ans, valet de chambre, est entré à l'hôpital le 13 mai 1886. Huit jours auparavant, le 5 mai, il fut pris d'une douleur accompagnée de tuméfaction dans le cou-de-pied gauche qui persiste encore aujourd'hui; l'autre cou-de-pied se prit ensuite mais à un degré moindre; enfin, deux ou trois jours après, les douleurs envahirent les genoux, les épaules, les poignets et les coudes.

État actuel (14 mai) : Temp. matin, 38°4; pouls, 96; temp. soir, 37°5; pouls, 100. Constitution un peu débilitée. Facies anémique. A gauche, *poignet tuméfié, rouge, douloureux. Douleur à l'articulation métacarpo-phalangienne du pouce. Sensibilité légère au coude et à l'articulation acromio-claviculaire.* A droite, *sensibilité vers l'articulation acromio-claviculaire. Douleur légère au genou droit et aux deux cous-de-pied.* Bruits du cœur nets. Respiration normale. (Antipyrine, 3 grammes.)

15 mai. Temp. matin, 37°4; pouls, 84; temp. soir, 37°2; pouls, 92. Peu de sueurs à la suite du médicament. *Poignets et pouce gauche presque dégagés.* Légère sensibilité à l'apophyse styloïde du cubitus. *Articulations acromio-claviculaires peu sensibles. Genoux et pieds indolores.* Un peu de sensibilité aux jarrets. Sensation de tiraillement à la partie inférieure du sternum. (Antipyrine, 4 grammes.)

16 mai. Apyrexie. Quelques sueurs dans la journée d'hier; la nuit a été bonne. Les *douleurs ont complètement disparu;* il ne reste qu'un peu *de sensibilité spontanée et à la pression aux deux talons.* (Suppression.)

Digitized by Google

17 mai. Les douleurs des talons sont moindres. Douleur le long du sciatique droit. Temp. matin, 37°8; pouls, 72; temp. soir, 38°2; pouls, 88.

18 mai. La douleur sciatique a disparu spontanément hier vers 5 heures. Temp. matin, 37°4; temp. soir, 37°8.

19 mai. Réapparition des douleurs à la face postérieure de la cuisse droite.

22 mai. Temp. matin, 37°4; temp. soir, 37°6. Depuis cette nuit, *gonflement du poignet droit. Sensibilité vive vers la face palmaire. Douleur diffuse dans la cuisse droite.* (Antipyrine, 4 grammes.)

23 mai. Temp. matin, 37°6; temp. soir, 37°2. *Poignet droit encore tuméfié.* Aucune douleur à la face dorsale. *Rougeur et sensibilité à la face palmaire et au niveau de l'apophyse styloïde du cubitus. Les douleurs crurales ont disparu.* (Antipyrine, 4 grammes.)

24 mai. Temp. matin, 37°8; temp. soir, 37°. *Poignet droit toujours gonflé. Il persiste une douleur à l'apophyse styloïde du cubitus.* (Antipyrine, 4 grammes.)

25 mai. La douleur a disparu. (Suppression.)

28 mai. Temp. matin, 38°; temp. soir, 38°. *Douleur dans le genou gauche, à l'articulation acromio-claviculaire* du même côté *et dans la région interscapulaire.* (Antipyrine, 4 grammes.)

29 mai. Temp. matin, 37°5; temp. soir, 38°5. *Pression du genou indolore. Sensibilité au jarret. La douleur acromiale a disparu.* Point douloureux à la partie postéro-externe du côté gauche du thorax. (Suppression.)

31 mai. Temp. matin, 37°8; temp. soir, 37°4. *Douleur à la tête de l'humérus droit, au bord interne du biceps, au coude.* (Antipyrine, 4 grammes.)

1er juin. Temp. matin, 38°; temp. soir, 37°2. *Les douleurs ont cessé.* (Suppression.)

2 juin. Temp. matin, 37°5; temp. soir, 38°2. A droite, articulation acromio-claviculaire et muscles du bras sensibles, poignet tuméfié et douloureux.

8 juin. Temp. matin, 37°5; pouls, 80; temp. soir, 38°1; pouls, 100. Depuis hier soir, *douleurs vives à la face postérieure du coude droit, gonflement du dos de la main et des articulations métacarpo-phalangiennes droites, mais sans douleur. Sensibilité dans le jarret et la partie postéro-externe de la cuisse droite derrière le grand trochanter.* (Antipyrine, 5 grammes.)

9 juin. Temp. matin, 38°; pouls, 80; temp. soir, 38°. A droite, *douleur à la partie postérieure du coude.* Flexion du genou difficile. Un peu de raideur dans les muscles internes de la cuisse. *Les autres douleurs ont disparu.* (Suppression.)

10 juin. Temp. matin, 37°6; pouls, 80; temp. soir, 38°; pouls, 86.

Digitized by Google

Un peu de gonflement et de rougeur vers les articulations des 2e, 3e et 4e orteils.

16 juin. Douleur à l'articulation scapulo-humérale gauche au-dessous de l'acromion. Temp. matin, 38°; temp. soir, 37°6.

18 juin. Sorti guéri.

Dans ce cas, l'antipyrine, à la dose de 3 à 5 grammes, a chaque fois atténué les douleurs, mais elle n'a pu juguler l'affection qui s'est prolongée pendant plus de 5 semaines.

Obs. III. — Losson (Élisa), âgée de 21 ans, domestique, est entrée le 2 mai 1886 à l'hôpital civil, au 5e jour d'un rhumatisme articulaire subaigu ayant débuté par les genoux et ayant envahi ensuite les bras et les épaules.

État actuel (3 mai) : Temp. matin, 38°2; pouls, 108; temp. soir, 38°6; pouls, 136. *Articulations acromio-claviculaires très sensibles. Poignet gauche et têtes humérales douloureuses. Sensibilité au genou droit et aux deux cous-de-pied.* (Antipyrine, 6 grammes.)

4 mai. La malade a pris l'antipyrine de 1 heure et demie à 2 heures et demie de l'après-midi. Un vomissement dans la nuit. La malade a dormi pour la première fois depuis plusieurs jours. *Les cous-de-pied ne sont presque plus douloureux; le poignet gauche, le genou droit, les têtes humérales, les articulations acromio-claviculaires sont dégagés.* Temp. matin, 38°4; temp. soir, 39°4; pouls, 108. (Suppression.)

5 mai. Temp. matin, 38°8; pouls, 96; temp. soir, 38°; pouls, 100. *Douleurs dans les articulations scapulo-humérales et acromio-claviculaires, et l'articulation carpo-métacarpienne du pouce gauche.* (Antipyrine, 6 grammes.)

6 mai. Temp. matin, 38°5; pouls, 108; temp. soir, 38°3; pouls, 102. Beaucoup de sueurs. Nuit calme. Pas de vomissements. Les *douleurs ont disparu,* mais, depuis la soirée du 5, *l'articulation carpo-métacarpienne du petit doigt droit est sensible.* (6 grammes.)

7 mai. Temp. matin, 38°2; pouls, 88; temp. soir, 38°2; pouls, 96. Beaucoup de sueurs. Ce matin, *la malade se trouve bien, l'articulation du petit doigt n'est plus douloureuse,* mais il existe une *tuméfaction douloureuse de la partie dorsale du carpe et du métacarpe droits,* sans que la pression y soit particulièrement sensible. (6 grammes.)

8 mai. Temp. matin, 38°2; pouls, 92; temp. soir, 39°8; pouls, 96. *Le gonflement persiste* avec une coloration rosée de la peau, *mais la douleur a disparu.* (Suppression.)

9 mai. Temp. matin, 38°4; pouls, 104; temp. soir, 38°; pouls, 112.

Digitized by Google

Le gonflement diminue à la main droite, qui est toujours indolore. Depuis cette nuit, *douleur et gonflement léger du poignet gauche.* (6 grammes.)

10 mai. La malade n'a presque plus de douleurs au poignet gauche. Temp. matin, 38°6; pouls, 96; temp. soir, 37°9; pouls, 92. (Suppression.)

11 mai. Rougeur et tuméfaction des deux poignets. Douleur à la pression à la face palmaire. Temp. matin, 38°6; temp. soir, 38°4; pouls, 100. (3 grammes.)

12 mai. Temp. matin, 38°; pouls, 96; temp. soir, 37°8; pouls, 100. Sueurs abondantes comme à l'ordinaire. *La douleur a disparu; la rougeur et le gonflement persistent.* (Suppression.)

15 mai. Temp. matin, 38°2; pouls. 108; temp. soir, 38°4; pouls, 114. Depuis hier à midi, *douleurs dans l'articulation métacarpo-phalangienne du pouce droit,* un peu de rougeur vers la face palmaire du poignet du même côté. Depuis ce matin, *douleur vers l'articulation métacarpo-phalangienne du pouce gauche.* (Antipyrine, 3 grammes.)

15 mai. Temp. matin, 38°6; pouls, 104; temp. soir, 37°8; pouls, 96. *Les douleurs ont complètement disparu.*

17 mai. Temp. matin, 39°; pouls, 120; temp. soir, 39°4; pouls, 120. A droite, douleur aux articulations métacarpo-phalangiennes de l'annulaire, du médius et du pouce, et aux articulations phalangiennes du médius et de l'annulaire. A gauche, douleur aux articulations métacarpo-phalangiennes et phalangiennes du médius. Des deux côtés, sensibilité aux articulations acromio-claviculaires et aux têtes humérales.

18 mai. Temp. matin, 39°3; pouls, 108; temp. soir, 38°7; pouls, 112. A droite, *douleur légère aux articulations métacarpo-phalangiennes de l'annulaire, du médius et du pouce, aux articulations phalangiennes du médius et de l'annulaire.* A gauche, *sensibilité à l'articulation scapulo-humérale, douleur et gonflement des articulations métacarpo-phalangiennes du médius et de l'annulaire, aux articulations phalangiennes de ces mêmes doigts, de l'annulaire et du petit doigt.* (4 grammes.)

19 mai. Temp. 38°2; pouls, 108; temp. soir, 37°8; pouls, 96. Sueurs profuses une demi-heure après l'ingestion du médicament. La malade dit n'avoir plus *mal nulle part; elle a bien dormi la nuit.* (Suppression.)

20 mai. Depuis hier soir, *gonflement du poignet droit, douleur à la face dorsale vers l'articulation carpo-métacarpienne, et aux articulations métacarpo-phalangienne et phalangiennes du pouce; sensibilité aux articulations métacarpo-phalangiennes de l'index et du médius, de l'annulaire et du petit doigt. Mouvements de l'épaule sensibles, douleur à la pression au niveau de l'articulation acromio-claviculaire.* A

Digitized by Google

gauche, *tuméfaction de l'articulation de la 1re et de la 2e phalange de l'index*. Temp. matin, 38°5; pouls, 102; temp. soir, 37°2; pouls, 92, (Antipyrine, 4 grammes.)

21 mai. Temp. matin, 37°6; temp. soir, 38°. *Gonflement indolore du poignet droit. La première articulation phalangienne de l'index gauche est encore sensible. Les autres jointures sont complètement libres*. (3 grammes.)

22 mai. Aucune douleur ce matin. Apyrexie.

23 mai. La fièvre a cessé. *Les douleurs n'ont pas reparu*.

Sortie le 20 juin.

La durée de la maladie a été, dans ce cas, d'environ 25 jours. L'antipyrine, administrée onze fois aux doses de 3 à 6 grammes, a supprimé presque complètement les douleurs, sans agir cependant sur le gonflement articulaire. Elle n'a pas jugulé l'affection; à plusieurs reprises même, nous avons vu de nouvelles jointures se prendre pendant la période d'action du médicament en même temps que se dégageaient celles qui avaient été atteintes précédemment.

Obs. IV. — Næsius M..., âgée de 26 ans, est entrée à l'hôpital, le 3 mars 1886, pour un rhumatisme articulaire aigu qui a débuté huit jours auparavant par de l'anorexie, des douleurs dans les deux pieds et qui la tient alitée depuis.

État actuel au jour de l'entrée (3 mars) : Temp. matin, 39°; pouls, 96; temp. soir, 38°; pouls, 88. Respiration haletante, 30. Membres supérieurs indemnes. Membres inférieurs, à droite : rougeur diffuse sur le cou-de-pied droit et autour des deux malléoles. *Douleur et gonflement de l'articulation tibio-tarsienne, des articulations métatarso-phalangiennes du premier et du deuxième orteils, de l'articulation de la première et de la deuxième phalange du gros orteil. Genou un peu fléchi, tuméfié et sensible*. A gauche, douleur *sans gonflement dans les articulations du premier et du deuxième orteils, au cou-de-pied autour des malléoles, douleur et gonflement du genou*.

Douleurs lancinantes au-dessous du sein gauche. Respiration nette, sauf quelques rhonchus. Bruits du cœur normaux. (Antipyrine, 6 grammes.)

4 mars. Temp. matin, 37°2; pouls, 96; temp. soir, 38°3; pouls, 108. La malade a pris 6 grammes d'antipyrine à 11 heures, 12 heures, 1 heure; elle a vomi deux fois pendant la nuit (elle est d'ailleurs sujette à cet accident depuis plusieurs mois). Beaucoup de sueurs. — A droite, les douleurs *aux premier et deuxième orteil ont disparu. L'articulation tibio-tarsienne est moins sensible. La pression sur la rotule*

Digitized by Google

est encore un peu douloureuse. A gauche, *articulations des orteils libres ; un peu de douleur au niveau des malléoles et au genou. Le point de côté a disparu.* Sensation de pesanteur au niveau du sternum. (Suppression.)

5 mars. Temp. 37°1 ; pouls, 80 ; temp. soir, 37°5 ; pouls, 88. A droite, *la douleur tibio-tarsienne a disparu ; celle du genou existe encore, mais très légère.* A gauche, *sensibilité légère dans le cou-de-pied ; la douleur persiste au genou. Douleur dans l'oreille gauche.* La nuit a été bonne.

6 mars. Temp. matin, 36°3 ; pouls, 80 ; temp. soir, 36°6 ; pouls, 96. *Un peu de sensibilité au genou droit,* cou-de-pied gauche légèrement sensible, genou gauche toujours douloureux. (Antipyrine, 4 grammes.)

7 mars. Temp. matin, 36°6 ; pouls, 80 ; temp. soir, 37° ; pouls, 76. Beaucoup de sueurs. Insomnie. Légère sensibilité au genou gauche, au cou-de-pied et au talon du même côté. Quelques sensations douloureuses dans le dos et au niveau du rebord costal droit. (Suppression.)

8 mars. Apyrexie. La malade ne ressent plus aucune douleur.

8-9 mars. Apyrexie.

Du 9 au 27 mars, la malade ne se plaint plus de douleurs articulaires, sauf d'une façon absolument passagère ; elle accuse à plusieurs reprises une douleur assez vive vers la région sternale, d'autres fois des douleurs névralgiques dans la sphère du trijumeau. Par contre, la fièvre s'est rallumée, la température, ordinairement normale le matin, s'élève le soir à 38°5 et même parfois jusqu'à 39°. *La respiration est normale.*

Le 27 mars, la malade étant sortie en permission accuse une douleur avec gonflement au niveau de la malléole interne et du talon droits, une sensibilité vive au-dessus de la crête iliaque et au talon gauche. Temp. matin, 37° ; temp. soir, 37°8 ; pouls, 100. Les mêmes symptômes persistent les jours suivants en s'aggravant davantage. Le 29 mars, on note : temp. matin, 37° ; pouls, 88 ; temp. soir, 37°2 ; pouls, 92. *Douleurs au niveau des deux malléoles internes, dans les deux talons et dans les genoux.* (Antipyrine, 4 grammes.)

30 mars. Temp. matin, 37° ; pouls, 80 ; temp. soir, 37°8 ; pouls, 84. *Les douleurs persistent dans les talons. Articulation acromio-claviculaire gauche et coude gauche sensibles.*

31 mars. Temp. matin, 37° ; pouls, 80 ; temp. soir, 38°4 ; pouls, 100. *Même état.* (4 grammes.)

1er avril. Temp. matin, 37°2 ; pouls, 80 ; temp. soir, 37°6 ; pouls, 100. *Les mêmes douleurs persistent.* (Antipyrine, 6 grammes.)

2 avril. Temp. matin, 37° ; temp. soir, 38°. *Les douleurs ont disparu.*

Du 2 au 24 avril, la malade n'a guère que des douleurs rhumatoïdes

Digitized by Google

fugaces. La température est toujours fébrile. L'état général décline. La malade tousse et crache abondamment, et la malade présente les signes physiques d'une tuberculisation pulmonaire à évolution rapide.

24 avril. Temp. matin, 38°2 ; pouls, 92 ; temp. soir, 39°2 ; pouls, 96. *Douleur vers le milieu du sternum, à l'articulation acromio-claviculaire gauche et vers la partie interne de la fosse sus-épineuse.* (Antipyrine, 6 grammes en lavement.)

25 avril. Temp. matin, 37°8 ; temp. soir, 39°8. *Même état. Douleurs diffuses dans le bras et l'avant-bras gauche.*

3 mai. Temp. matin, 38°7 ; pouls, 124 ; temp. soir, 39°8 ; pouls, 128. *Douleurs dans les talons.* Sensibilité vive à la pression de la *malléole interne gauche,* de l'articulation *du genou, de l'olécrâne, du poignet.* (6 grammes d'antipyrine en lavement.)

4 mai. Temp. matin, 37°6 ; pouls, 100; temp. soir, 37°3 ; pouls, 100. Le lavement a été pris hier soir à 7 heures. Sueurs abondantes. *Les douleurs ont diminué, sans cesser complètement.* Même état général. (Antipyrine, 6 grammes en lavement.)

5 mai. Temp. matin, 38°2 ; temp. soir, 40°. *Les douleurs ont disparu ;* mais il existe de l'endolorissement dans la région thoracique droite.

A partir de ce moment, la malade n'éprouve plus que par intervalles quelques douleurs passagères, mais la tuberculose pulmonaire continue à évoluer rapidement et la malade succombe le 18 mai.

En résumé, rhumatisme articulaire subaigu au 8e jour, localisé surtout aux pieds et aux genoux ; une première dose de 6 grammes d'antipyrine a considérablement atténué les douleurs ; une seconde dose de 4 grammes a été administrée trois jours plus tard sans grand effet, mais le lendemain, 13e jour environ de la maladie, toutes les arthropathies avaient disparu. Ainsi, action certaine au point de vue de la sédation immédiate de la douleur. Vingt jours plus tard reparurent d'autres douleurs dans les articulations des pieds, des genoux, du coude et de la clavicule gauche ; une dose de 4 grammes d'antipyrine reste inefficace et ce n'est qu'à la suite de l'administration d'une dose plus élevée (6 grammes) que les phénomènes douloureux disparaissent. Dans la suite, l'état gastrique de la malade ne permet plus d'administrer l'antipyrine suivant la méthode ordinaire et, devant la réapparition des accidents, on est forcé de recourir aux lavements (6 grammes). Après la première prise, les douleurs s'atténuent, pour disparaître définitivement après une seconde dose ; l'affection rhumatismale est terminée, mais une tuberculose pulmonaire

Digitized by Google

aiguë, peut-être contractée au service, continue à évoluer et finit par emporter la malade.

Obs. V. — Barrut (J.-B.), âgé de 44 ans, terrassier, est entré le 24 juillet 1886 à l'hôpital civil. Il habite, paraît-il, un logement humide, surtout pendant l'hiver, et il aurait eu antérieurement, à deux reprises, une sciatique. Quinze jours avant son admission à l'hôpital, il fut pris, en revenant du travail, de douleurs dans les membres et dans les jointures à la suite desquelles il dut s'aliter ; au bout de cinq jours il put se lever ; mais, le 20 juillet, les douleurs le forcèrent de nouveau à garder le lit, bien qu'il n'existât à ce moment, à son dire, aucun gonflement des jointures.

État actuel (25 juillet) : temp. matin, 38°4 ; pouls, 76. Constitution moyenne, tempérament lymphatique. Le malade se plaint d'une *douleur au niveau de la fesse gauche*. La pression éveille des *douleurs dans le 1/3 postérieur de la crête iliaque, au niveau du grand trochanter, à l'échancrure sciatique. Douleur diffuse à la région antéro-interne de la cuisse et au tiers supérieur du mollet*. Les articulations du membre inférieur gauche ne sont pas tuméfiées, les mouvements sont libres.

A droite, *douleur à la pression à la partie moyenne de la face externe de la cuisse droite, à la partie externe de la rotule, à la partie supérieure de la jambe, en dedans du tibia. Sensibilité au niveau de la fosse iliaque au milieu de la région fessière, au tiers inférieur de la cuisse, à la partie supérieure du mollet.*

Le malade élève difficilement les bras au-dessus de la tête. Douleur à la *pression au-dessous de l'apophyse coracoïde gauche*. Tumeur rouge fluctuante au-dessus de l'olécrâne, ressemblant à un abcès. *A droite, douleur diffuse à la pression du deltoïde.*

Respiration nette. Bruits du cœur normaux. (Rhumatisme polyarticulaire et neuro-musculaire. Antipyrine, 3 grammes.)

26 juillet. Antipyrine, 4 grammes.

27 juillet. Temp. matin, 37°8 ; pouls, 72 ; temp. soir, 37°2. A gauche, *les douleurs ont disparu à la crête iliaque, à la fesse et au mollet*. Le malade *ne peut lever complètement le bras, la douleur persiste au-dessous de l'apophyse coracoïde.*

A droite, le malade *peut lever le bras au-dessus de la tête ;* la douleur *deltoïdienne a disparu. La sensibilité est très vive à la cuisse et au mollet*. (Antipyrine, 4 grammes.)

28 juillet. Temp. matin, 38°6 ; temp. soir, 37°5. Pas de sueurs. Nuit assez calme. Le membre supérieur droit ne présente rien d'anormal. A gauche, la petite tumeur fluctuante sus-olécrânienne persiste. Le malade ne peut élever le bras à angle droit ; *l'articulation n'est pas*

Digitized by Google

douloureuse, mais il existe une *sensibilité très marquée au niveau du muscle sus-épineux et du muscle delloïde.*

Le membre inférieur gauche est libre ; sensibilité vers l'aine et le condyle interne du fémur. Quelques ganglions tuméfiés dans l'aine droite. Mouvements du genou possibles. (Antipyrine, 6 grammes.)

29 juillet. Temp. matin, 38°5 ; temp. soir, 38°8. Peu de sueurs, pas de nausées. La malade a peu dormi ; il lève le bras droit jusqu'à l'horizontale seulement ; *sensibilité vers l'articulation acromio-claviculaire gauche et la tête de l'humérus.* A droite, *sensibilité à l'aine, pas de douleur au condyle interne du fémur.* (Suppression.)

30 juillet. Temp. matin, 38°2; pouls, 88; temp. soir, 37°6; pouls, 80. A droite, *douleur à l'articulation sterno-claviculaire et à l'articulation acromio-claviculaire. Douleur à la pression au pli du coude, à la face palmaire du poignet, à l'articulation métacarpo-phalangienne de l'index et aux articulations phalangiennes de l'index et du médius. Sensibilité à l'aine et à la pression du genou.* A gauche, douleurs aux *deux articulations claviculaires, à la tête humérale, aux articulations métacarpo-phalangiennes du pouce, de l'index, du médius et de l'annulaire, aux articulations phalangiennes du médius et de l'annulaire,* sans gonflement notable.

Sensibilité à la pression du genou.

La fosse sus-épineuse n'est plus sensible.

Bruits du cœur normaux. Submatité dans les bases pulmonaires avec quelques râles secs. (Antipyrine, 8 grammes.)

31 juillet. Temp. matin, 36°8 ; pouls, 64. Le malade a pris les 8 grammes d'antipyrine en quatre fois, à savoir 6 grammes d'une heure à 3 heures et demie de l'après-midi, et 2 grammes à 7 heures et demie du soir. Beaucoup de sueurs. Pas de nausées. La nuit a été très bonne et le malade *n'accuse plus aucune douleur; tous les phénomènes pénibles se sont dissipés pendant la nuit. Le bras droit est complètement dégagé, ainsi que le poignet et les articulations phalangiennes du côté gauche. Sensibilité vers les articulations claviculaires et à la tête de l'humérus gauche. Genoux complètement libres.* (Suppression.)

2 août. N'a plus de douleurs. Même état de l'abcès sus-olécrânien gauche. Ganglions hypertrophiés à l'aine droite et à l'aisselle gauche.

3 août. Un peu de sensibilité à la face postérieure de la cuisse droite.

5 août. Continue à bien aller. Le malade commence à marcher; mais il existe une certaine raideur dans les muscles et les articulations. La douleur à la cuisse a disparu. La tumeur sus-olécrânienne diminue.

Sorti guéri le 18 août.

Trois doses successives de 4 et 6 grammes d'antipyrine ont en quelques jours atténué considérablement les symptômes doulou-

Digitized by Google

reux. La médication est suspendue pendant un jour et de nouvelles douleurs apparaissent ; une seule dose de 8 grammes d'antipyrine amène en quelques heures un apaisement presque complet et l'affection se termine le lendemain même, c'est-à-dire 8 jours environ après l'entrée du malade à l'hôpital.

Obs. VI. — M... (Paul), âgé de 21 ans, entré le 6 juin 1886. L'affection a commencé, il y a neuf jours environ, par de la fatigue dans les pieds ; quatre jours après, à cette fatigue succédèrent de véritables douleurs ; enfin, depuis deux jours, les douleurs ont gagné les cuisses. Le malade a pu cependant venir à pied à l'hôpital. Antécédents : une première atteinte de rhumatisme à l'âge de 5 ou 6 ans.

8 juin. Temp. matin, 38° ; pouls, 88, régulier. Les deux pieds sont dégagés. Le malade ne peut plier qu'incomplètement la jambe droite. Douleur au niveau du tendon rotulien et du grand trochanter. A gauche, sensibilité très vive au niveau du cul-de-sac sus-rotulien ; légère douleur au-dessous du trochanter. (Cataplasmes.)

9 juin. Temp. matin, 38°. *Douleur très vive dans la bourse séreuse sous-tricipitale droite, douleur au bord postérieur des deux trochanters et aux échancrures sciatiques.* (Antipyrine, 6 grammes.)

10 juin. Apyrexie. L'antipyrine a été prise entre 1 heure et 4 heures de l'après-midi. Sueurs une demi-heure après la première dose. Le malade *a bien dormi* pour la première fois depuis son entrée. *Sensibilité très faible au niveau du cul-de-sac sous-tricipital droit. Aucune douleur aux sciatiques et aux trochanters. Les douleurs ont commencé à céder vers 5 heures du soir,* quatre heures après la première prise.

13 juin. Aucune douleur.

Sorti le 20 juin.

Des douleurs rhumatismales occupant principalement la gaîne du triceps droit et les émergences des sciatiques ont disparu quelques heures après l'ingestion de l'antipyrine. Ce médicament est donc efficace dans le rhumatisme des gaînes et des nerfs.

Obs. VII. — Lh..., 48 ans, charpentier, entré le 1er juin 1886. Début de l'affection, le 23 mai, par des douleurs vives dans les reins ; la nuit suivante, douleur et tuméfaction dans la cheville droite ; le 24, douleur et léger gonflement dans le genou droit ; dans la nuit du 24 au 25, les reins se dégagent, mais le malade éprouve des douleurs lancinantes dans l'aine droite ; le 25, le genou gauche se prend à son tour, puis le pied du même côté et les deux épaules ; le 29 enfin, douleurs dans les coudes, les poignets, les doigts. La veille de son entrée, le malade prit de l'antipyrine à 8 heures, 9 heures, 10 heures du ma-

Digitized by Google

tin ; pendant la journée, sueurs abondantes; dans la nuit, les douleurs se dissipent et le malade, qui était cloué dans son lit, peut venir à pied à l'hôpital, n'éprouvant que quelques douleurs dans la nuque et les articulations acromio-claviculaires qui s'étaient reprises dans la nuit.

2 juin. Temp. matin, 37°2 ; pouls, 76 ; temp. soir, 38° ; pouls, 88. Le malade remue bien les deux bras. Douleur vive à la pression à l'articulation sterno-claviculaire gauche. La flexion du genou est possible, mais s'accompagne d'une légère douleur. A la pression, sensibilité vers le bord supérieur et interne de la rotule droite. Pied droit libre ; un peu de rougeur au-devant de la malléole externe gauche. Douleur à la partie interne des deux plis inguinaux. Pas de complications viscérales.

4 juin. Temp. matin, 37°8 ; pouls, 68 ; temp. soir, 38°6 ; pouls, 88. Depuis hier soir, *douleur dans les genoux et les cuisses* derrière le trochanter gauche et à la partie interne du genou gauche. La pression n'est pas douloureuse. Quelques papules confluentes en arc de cercle sur fond rosé à la partie postéro-externe de la cuisse. Plaque érythémateuse au niveau du jarret. *Douleur à l'articulation sterno-claviculaire droite.* (Antipyrine, 4 grammes.)

5 juin. Temp. matin, 37°8; pouls, 80; temp. soir, 37°8; pouls, 84. Sueurs toute la nuit. *A bien dormi. Douleur au condyle interne du fémur et à la tubérosité interne* du tibia droit, sensibilité légère au *niveau des deux trochanters.* (Suppression.)

8 juin. Apyrexie. Depuis cette nuit, douleur dans l'articulation *sterno-claviculaire gauche.* Mouvements de l'épaule assez libres. Douleur vers *l'épitrochlée droite, le condyle interne du genou gauche.* (Antipyrine, 4 grammes.)

9 juin. Peu de sueurs. Toute douleur a disparu.

12 juin. Sort guéri.

L'antipyrine, dans ce cas, a calmé les douleurs au point que le malade, qui ne pouvait plus marcher, a pu venir à pied à l'hôpital. Une seconde dose de 4 grammes a eu un effet douteux; une troisième, donnée le 18e jour, a définitivement supprimé les douleurs rhumatismales.

Obs. VIII. — C..., 21 ans, débarrasseuse, est entrée à l'hôpital civil le 20 mai 1886, au 3e jour d'un rhumatisme articulaire subaigu ayant débuté le 13 au matin par de la fièvre, des sueurs abondantes et des douleurs dans le genou droit qui la contraignirent à cesser son travail et à garder le lit. Le lendemain, 19 mai, l'autre genou se prit, ainsi que le poignet gauche; celui-ci se dégagea rapidement, mais l'articulation carpo-métacarpienne du pouce gauche devint à son tour dou-

Digitized by Google

loureuse. A son entrée, on constate (21 mai) : température fébrile, 38°6 ; pouls, 144. Face injectée, sueurs profuses. Grossesse au 8e mois. A droite, *poignet tuméfié à la partie dorsale et vers le bord externe, phalanges libres.* A gauche, *poignet indolore, sensibilité vers l'articulation du premier métacarpien. Les deux genoux, un peu gonflés, sont sensibles à la pression.* La douleur se propage, à gauche, le long du tibia. *Cuisse droite en abduction, immobilité complète avec raccourcissement apparent du membre. Douleur à la pression dans l'aine.* (Coxalgie rhumatismale.) — Antipyrine, 4 grammes.

22 mai. La malade a pris hier l'antipyrine, elle a beaucoup transpiré et a bien dormi. La température vespérale est tombée à 37°6, le pouls à 120. Ce matin, temp., 37°4 ; pouls, 116. A droite, *sensibilité vers le bord externe du poignet ;* à gauche, *légère sensibilité vers l'articulation du premier métacarpien. Les genoux ne sont plus sensibles. La douleur persiste à l'aine droite.* (Suppression.) Temp. soir, 38° ; pouls, 120.

23 mai. Temp. matin, 37°4 ; pouls, 112 ; temp. soir, 37°5 ; pouls, 114. Douleur à la pression à la face palmaire de l'articulation radio-carpienne ; à gauche, tuméfaction et rougeur à l'articulation carpo-métacarpienne du pouce.

24 mai. Temp. matin, 38° ; pouls, 124 ; temp. soir, 38° ; pouls, 120. *Douleur vers l'apophyse styloïde du cubitus et du radius, et sur toute la face palmaire du poignet droit ;* à gauche, *même sensibilité à l'articulation du premier métacarpien.* (Antipyrine, 4 grammes.)

25 mai. Temp. matin, 36°6 ; pouls, 102 ; temp. soir, 37° ; pouls, 112. A la suite de l'administration de l'antipyrine, sueurs abondantes, une épistaxis. La douleur a *diminué à droite ; elle persiste à gauche.* (Suppression.)

26 mai. Apyrexie. Les poignets se dégagent. *Genou gauche tuméfié,* surtout au niveau de la bourse séreuse prérotulienne. *Sensibilité vive à la pression.* Pas de douleur au genou droit. L'arthropathie de la hanche droite persiste. (Antipyrine, 4 grammes.)

27 mai. Temp. matin, 37°6 ; pouls, 100 ; temp. soir, 37°2 ; pouls, 92. La malade a eu quelques nausées après avoir pris de l'antipyrine, mais elle n'a pas vomi. *Les poignets sont dégagés ; il existe cependant un peu de gonflement à droite ; genou gauche toujours tuméfié, moins sensible.* (Suppression.)

28 mai. Apyrexie. *Même état.* (Antipyrine, 2 grammes.)

29 mai. Tuméfaction et sensibilité au genou gauche.

La malade est évacuée à la Maternité. Elle accouche normalement le 30 mai. Suites de couches sans incidents. Elle rentre à l'hôpital le 18 juin *avec des douleurs dans les deux genoux et dans l'aine droite.* A la suite d'une dose de 5 grammes d'antipyrine, elle a eu des sueurs très abondantes ; *les douleurs ont diminué dans le genou gauche ;* pour

Digitized by Google

la première fois, depuis 15 jours, la nuit a été bonne. Notons qu'elle avait pris à la Maternité du salicylate de soude sans résultat.

19 juin. Apyrexie. La malade plie sans difficulté le genou gauche à angle droit; la pression n'est pas douloureuse; il existe encore *du gonflement au-dessous de la rotule.* A droite, *la douleur persiste au genou* et s'étend dans le quart inférieur de la jambe. *Toute la cuisse est sensible;* la flexion de la jambe et de la cuisse sont impossibles; le membre est toujours placé dans l'attitude indiquée ci-dessus. (Antipyrine, 5 grammes.)

20 juin. Aucune douleur dans le genou droit. La douleur à la hanche et à la cuisse persiste. (Antipyrine, 4 grammes.)

21 juin. Aucune douleur à gauche; un peu de gonflement au niveau du tendon rotulien. A droite, *même état de la coxalgie;* toute la cuisse reste douloureuse. (Suppression.)

La malade est évacuée à la clinique de chirurgie pour sa coxalgie.

A sept reprises différentes l'antipyrine a déterminé une sédation notable des douleurs rhumatismales; elle est restée sans effet sur une arthropathie localisée dans la hanche droite.

Obs. IX. — Lambert, menuisier, âgé de 41 ans, entre à l'hôpital le 20 février 1886, au 15e jour d'un rhumatisme articulaire ayant atteint d'abord le genou gauche, puis, trois ou quatre jours après, les poignets, les hanches et l'épaule gauche. Il a pu marcher jusque vers le 16 février; depuis il est alité. En 1874, il a éprouvé déjà une première attaque de rhumatisme.

État actuel (21 février) : temp. matin, 38°; pouls, 92; temp. soir, 37°4; pouls, 88. Membres supérieurs libres. Membres inférieurs : à droite, *douleur au niveau du genou,* sans gonflement notable. *Douleur vers la malléole interne et l'articulation tibio-tarsienne. Rougeur en avant de la malléole externe.* Sensibilité *à la pression du grand trochanter.* A gauche, *grand trochanter sensible, tuméfaction et douleur au genou, rougeur et douleur en avant de la malléole interne.* (Antipyrine, 6 grammes.)

22 février. Apyrexie. Le malade n'a eu ni sueurs, ni nausées, et *a bien dormi. Les douleurs ont diminué.* A droite, *le genou est dégagé, la douleur a disparu au trochanter; elle persiste en avant de la malléole interne.* A gauche, *le trochanter est indolore, le genou est tuméfié, mais moins sensible; la rougeur et la douleur existent encore au niveau de la malléole interne.* (6 grammes.)

23 février. Apyrexie. La douleur *a disparu au niveau des malléoles; le genou gauche, encore un peu tuméfié, est légèrement sensible. Depuis cette nuit, légère douleur dans l'articulation carpo-métacarpienne du pouce droit.* (Suppression.)

Digitized by Google

24 février. Il n'existe plus qu'une douleur localisée au poignet droit.

25 février. Apyrexie. Nouvelles douleurs à *l'articulation carpo-métacarpienne du pouce droit et au coude ;* les mouvements de l'avant-bras sont assez libres ; *la pression est douloureuse sur l'olécrâne.* Douleur à la *partie interne du genou droit.* (6 grammes.)

26 février. Toutes les douleurs ont disparu.

Sorti le 4 mars, sans avoir éprouvé autre chose que quelques douleurs vagues qui ont disparu spontanément.

Trois doses d'antipyrine, administrées dans l'espace de cinq jours, ont fait disparaître les douleurs. Chaque prise a amené une sédation presque complète; il est à remarquer qu'une nouvelle jointure s'est prise en même temps que les articulations précédemment atteintes se dégageaient sous l'influence du médicament.

Obs. X. — V... (Émile), 36 ans, cordonnier, est entré à l'hôpital le 3 août 1886. L'affection a débuté, le 24 juillet, par des douleurs dans l'épaule gauche ; le 25, survinrent des douleurs dans les cous-de-pied, les cuisses et les jambes; enfin, depuis trois ou quatre jours, l'épaule droite et le bras sont sensibles. Le malade a pu marcher jusqu'aujourd'hui ; il accuse depuis le début une douleur à la nuque. Pas de rhumatismes antérieurs.

État actuel (4 août) : temp. matin, 38°; pouls, 80; temp. soir, 38°2; pouls, 84. Le malade peut lever le bras droit, mais il existe une *douleur au niveau de l'articulation scapulo-humérale.* A gauche, *douleur à la pression dans la fosse sus-épineuse et au bord externe du trapèze.* Pas de douleurs dans les membres inférieurs actuellement ; cependant il s'est plaint pendant la nuit de *douleurs dans les crêtes tibiales et d'élancements douloureux irradiés de la nuque jusqu'aux petits doigts.*

6 août. Temp. matin, 38°6 ; pouls, 88 ; temp. soir, 37°5 ; pouls, 80. Les mêmes douleurs persistent ; de plus, il existe une *douleur à la pression au niveau des crêtes des tibias.* (Antipyrine, 4 grammes.)

7 août. Temp. matin, 37° ; temp. soir, 38°. *Les douleurs ont beaucoup diminué ;* il n'existe plus que quelques *douleurs sourdes dans les tibias.* Le malade dit avoir ressenti encore quelques *élancements très courts irradiés du cou vers l'œil gauche.* La nuit a été calme. (Suppression.)

9 août. Apyrexie. Moins de sensibilité dans les tibias. Douleur à la nuque.

10 août. La douleur à la nuque a disparu.

15 août. Sorti guéri.

Digitized by Google

Les douleurs rhumatismales (névro-arthritisme) ont cédé à une seule dose d'antipyrine.

Obs. XI. — Margot (Charles), âgé de 33 ans, tonnelier, habitant un logement bas et humide, a été pris le 7 mars 1886, vers 5 heures du matin, d'un frisson suivi de sueurs; depuis le 6, il éprouvait des douleurs dans les coudes qu'il pouvait difficilement remuer. Il continua cependant à travailler encore pendant quelques jours; mais, le 12 mars, il ressentit d'autres douleurs dans les deux genoux, les aines, les reins; il est alité depuis. Pas de rhumatismes antérieurs. Habitudes alcooliques invétérées.

État actuel au jour de l'entrée (16 mars) : temp. matin, 38°2; pouls, 112; temp. soir, 38°6 ; pouls, 132. Les douleurs dans les coudes ont disparu, le malade peut les fléchir et les étendre. *Articulation acromio-claviculaire droite* sensible; celle de gauche l'est légèrement. Impossibilité de fléchir les deux genoux. Épanchement assez notable des deux côtés. *Pression des deux rotules très douloureuse.* Sensibilité à *la pointe de la malléole externe gauche* et au *bord postérieur de la malléole interne,* avec léger gonflement. Douleur très vive *au sacrum et aux dernières apophyses lombaires.* Rien d'anormal du côté du cœur et des poumons. (Antipyrine, 6 grammes.)

17 mars. Temp. matin, 37°8; pouls, 116 ; temp. soir, 38° ; pouls, 108.

Le malade a pris hier 6 grammes d'antipyrine de 1 heure à 3 heures de l'après-midi. Sueurs profuses. Le malade peut un peu fléchir le *genou droit, qui n'est presque plus sensible* à la pression. La flexion du genou gauche est impossible; le *gonflement persiste,* mais la *douleur à la pression a disparu.* Les mouvements des pieds sont libres. *Aucune douleur malléolaire. Articulations acromio-claviculaires* toujours sensibles. La *rachialgie* persiste. Nuit assez bonne ; le malade a pu dormir deux heures. (Antipyrine, 8 grammes.)

18 mars. Temp. matin, 37°2 ; pouls, 104; temp. soir, 38°2. Le malade a pris 6 grammes d'antipyrine de midi à 3 heures, et 2 grammes à 7 heures du soir. Sueurs abondantes. Le malade *a senti les douleurs se dissiper pendant la nuit* et a pu dormir deux heures. *Genoux et pieds complètement dégagés. La rachialgie a disparu.* Le malade peut porter la main droite sur la tête; cependant il accuse *encore de la douleur dans l'épaule* et l'articulation acromio-claviculaire est encore sensible à la pression. L'épaule *gauche est aussi sensible* qu'hier. (Suppression.)

19 mars. Temp. matin, 37°6; temp. soir, 37°4. La douleur *acromio-claviculaire a disparu spontanément à droite; elle persiste à gauche.* Aucune douleur dans les autres jointures. (Antipyrine, 4 grammes.)

20 mars. Temp. matin, 37° ; temp. soir, 36°8. Beaucoup de sueurs.

Digitized by Google

Les articulations acromio-claviculaires *sont légèrement sensibles;* cependant le malade peut lever les bras. (Suppression.)

21 mars. Temp. matin, 38°. *Encore un peu de sensibilité dans les articulations acromio-claviculaires.* Hypnotisation.

25 mars. Sort guéri.

Ici l'antipyrine, administrée trois fois aux doses de 6, 8, 4 grammes, a notablement atténué les douleurs ; seules les arthropathies acromio-claviculaires ont été plus rebelles.

Obs. XII. — Pont (V.), journalier, souffre, depuis le 9 janvier 1886, d'un rhumatisme articulaire ayant débuté par la main droite et qui a envahi successivement les articulations du cou-de-pied gauche, du genou du même côté, des vertèbres cervicales et lombaires. A son entrée (27 janvier), on note : temp. matin, 38° ; pouls, 92 ; temp. soir, 37°2; pouls, 100. Le malade peut mouvoir le bras droit, mais *l'articulation scapulo-humérale est douloureuse,* ainsi que *l'articulation acromio-claviculaire. Sensibilité dans les deux talons.* (Antipyrine, 4 grammes.)

28 janvier. La douleur dans les talons a diminué. (Antipyrine, 5 grammes.)

29 janvier. Temp. matin, 37°2; temp. soir, 37°4. Le malade a transpiré toute la journée. Les douleurs dans les talons *ont disparu;* elles *persistent dans les articulations acromio-claviculaires.* (Antipyrine, 6 grammes.)

30 janvier. Les douleurs *acromio-claviculaires persistent.* (6 grammes.)

31 janvier. La douleur a *disparu à gauche;* elle *persiste à droite, mais moins prononcée.* (Suppression.)

2 février. Sensibilité aux articulations acromio-claviculaires, sur tout à droite.

9 février. Sorti guéri.

Trois doses de 4, 5, 6 grammes d'antipyrine ont notablement diminué les douleurs des talons et des articulations acromio-claviculaires droites; ces dernières ont cependant persisté plus longtemps, mais ont fini par céder spontanément après quelques jours.

Obs. XIII. — Jeu (Marguerite), âgée de 62 ans, est entrée à l'hôpital le 7 juin 1885. Quinze jours auparavant, elle a été prise de frissons et de douleurs généralisées à tous les membres, surtout dans le bras gauche, avec œdème de la main (6e atteinte de rhumatisme.)

10 juin. Temp. matin, 38°6 ; temp. soir, 36°8. *Sensibilité à l'arti-*

Digitized by Google

culation acromio-claviculaire droite et à la tête de l'humérus. Les mouvements du bras s'exécutent néanmoins. *Sensibilité à la pression à l'articulation acromio-claviculaire gauche,* aux articulations *métacarpo-phalangiennes du pouce gauche, de l'index, des doigts annulaire et auriculaire.* Genoux parfaitement libres. Douleur *au bord antéro-inférieur de la malléole interne droite, à l'articulation tibio-tarsienne,* au bord *antéro-supérieur de la malléole interne gauche.* (Antipyrine, 6 grammes.)

11 juin. La malade n'a ni transpiré, ni vomi. Apyrexie. *Les douleurs ont commencé à disparaître dans l'après-midi et ont cessé complètement dans la nuit.* Les membres supérieurs et le pied gauche ne sont plus sensibles. *Douleur à une forte pression à la malléole interne droite.*

13 juin. Toute douleur a disparu.

21 juin. Sortie guérie.

Ainsi, des douleurs articulaires datant de plus de 15 jours ont cédé définitivement quelques heures après l'ingestion de 6 grammes d'antipyrine.

Obs. XIV.— A... (Joséphine), âgée de 24 ans, est entrée à l'hôpital le 6 juillet. Elle a été atteinte, le 30 juin, d'un gonflement douloureux de la main qui fut pris pour un phlegmon et incisé sans résultat; le 1er juillet se firent sentir des douleurs dans le poignet et à la partie dorsale de la main gauche, avec gonflement et fièvre; le genou droit se tuméfia ensuite et devint très sensible; en même temps, la malade ressentait des douleurs vives dans les pieds. Enfin, quatre jours avant son entrée, elle eut des élancements pénibles dans le côté gauche du thorax et le coude droit.

État actuel (7 juillet) : temp. matin, 38°2; pouls, 96; temp. soir, 38°. A gauche, les articulations du membre inférieur sont sensibles seulement pendant la marche. A droite : *mouvements du poignet très douloureux. Gonflement de la face dorsale* de la jointure, avec sensibilité très vive à la pression se continuant sur le dos de la main. Les mouvements de la main sont rendus impossibles par cette douleur, bien qu'il n'existe aucune sensibilité au niveau des articulations métacarpiennes et phalangiennes. La malade *ne peut plier le genou sans douleur; l'articulation est fortement tuméfiée* et renferme une quantité notable de liquide épanché. Douleur vive à la pression au *niveau du cou-de-pied;* les mouvements sont néanmoins possibles. (Antipyrine, 6 grammes.)

8 juillet. L'antipyrine a été prise en 3 fois, à 1 heure, 3 heures et 9 heures du soir. La malade a un peu transpiré et a vomi une fois vers

Digitized by Google

9 heures du soir. *Elle dit avoir moins de douleur au genou et au bras.* Elle ne peut encore ouvrir ni fermer la main; le *poignet droit est encore sensible à la face dorsale, mais moins que la veille. Gonflement douloureux de la gaîne des extenseurs. Genou droit moins tuméfié, encore sensible à la face interne. Aucune douleur au cou-de-pied.* A gauche, *sensibilité au bord interne de la face palmaire de la main, gonflement douloureux de la gaîne des fléchisseurs.* Temp. matin, 36°6; temp. soir, 38°. (Suppression.)

9 juillet. Temp. matin, 37°7; temp. soir, 37°7. La malade a peu dormi cette nuit à cause d'une douleur dans les deux jambes et le bras gauche. Les *mouvements du poignet droit sont assez libres, bien que l'articulation soit encore tuméfiée et sensible à la pression;* la malade ne peut étendre les trois doigts du milieu. A gauche, *l'extension des doigts est impossible; tuméfaction douloureuse de la gaîne des fléchisseurs. Le point douloureux à la partie interne du genou subsiste.* (Antipyrine, 6 grammes.)

10 juillet. Temp. matin, 37°2; temp. soir, 38°6. La malade a pris l'antipyrine en 3 fois, à 1 heure, 2 heures et 3 heures de l'après-midi; *elle a eu moins de douleurs la nuit.* A droite, l'extension complète de la main est impossible; *sensibilité au niveau des gaînes des extenseurs. La douleur du genou a disparu.* A gauche, la *gaîne des fléchisseurs est encore gonflée, mais non douloureuse;* les mouvements des doigts sont libres. (Suppression.)

11 juillet. Temp. matin, 37°8. Douleur à la face externe de la cuisse gauche et dans le côté gauche du tronc, au poignet droit et à la face interne du genou droit. (6 grammes.)

13 juillet. La douleur persiste dans la gaîne des fléchisseurs et au genou. Temp. matin, 36°8. (Antipyrine, 6 grammes.)

15 juillet. Les douleurs ont considérablement diminué. Apyrexie. Sortie le 7 août.

L'antipyrine, donnée à trois reprises, a paru modérer les douleurs, mais sans les abolir entièrement. Le gonflement dans la gaîne des fléchisseurs n'a pas été sensiblement influencé. L'affection s'est terminée vers le 15e jour.

Obs. XV.— L... (Charles), âgé de 17 ans, employé de bureau, entre à l'hôpital le 15 avril 1886. L'affection actuelle a débuté le 5 avril par de la fièvre et de la lassitude générale; le 10, survinrent des douleurs lombaires qui disparurent le lendemain, mais furent remplacées par des douleurs dans la cuisse et l'aine droites; les genoux et le cou-de-pied gauche se prirent ensuite. Depuis le 12, le malade est définitivement alité; depuis un an, enfin, il serait sujet à des palpitations.

Digitized by Google

État actuel (16 avril) : temp. matin, 38°4; pouls, 120; temp. soir, 37°5; pouls, 128. *A gauche, le genou est tuméfié; le malade le fléchit, mais avec une certaine douleur. Sensibilité à la pression dans la bourse séreuse sous-tricipitale. A droite, mêmes symptômes du côté du genou,* sauf que la tuméfaction est moins accusée. *Douleur à l'articulation métacarpo-phalangienne du gros orteil.*

Pointe du cœur au 6e espace sur la ligne mamillaire. Souffle mitral systolique. — Respiration un peu soufflée au sommet droit, matité et râles sous-crépitants fins à la base. (Antipyrine, 4 grammes.)

17 avril. Apyrexie. Sueurs abondantes à la suite de l'antipyrine. Pas de vomissements. *Dans la nuit, le malade a pu fléchir les genoux sans douleur. Ce matin toute douleur a disparu.* (Suppression.)

19 avril. Temp. matin, 37°; temp. soir, 38°5. Les douleurs n'ont pas reparu; le malade se plaint seulement d'un peu de fatigue et d'oppression. Respiration soufflée au sommet droit, nette à la base.

Sorti le 1er mai.

Ainsi, 4 grammes d'antipyrine ont suffi à supprimer définitivement des douleurs rhumatismales datant de plusieurs jours. Il s'agissait, dans ce cas, d'une 6e récidive de rhumatisme articulaire.

2e groupe. — Rhumatismes apyrétiques.

Obs. XVI. — D... (Louis), employé, est entré à l'hôpital le 7 avril 1885. L'affection, qui remonte à *11 jours environ,* a débuté par des douleurs dans les deux genoux, sans rougeur ni gonflement, et par une douleur assez vive dans les articulations des vertèbres cervicales. Trois jours après, le genou gauche, puis le genou droit se tuméfièrent, et le malade, ne pouvant plus marcher, dut s'aliter. Enfin, depuis le 6 avril, la douleur a un peu diminué dans le genou gauche, mais elle est plus intense dans le genou droit. Depuis 2 ans et demi, le malade tousse avec expectoration; comme antécédents morbides, notons une fièvre typhoïde contractée en 1876.

État actuel : tempérament lymphatique. Constitution délicate. Apyrexie. Les articulations du membre inférieur gauche sont libres. Le malade peut exécuter tous les mouvements. Le genou n'est pas gonflé. Aucune douleur, ni spontanée, ni provoquée par la pression. Le malade peut à peine fléchir à angle obtus le *genou droit,* qui est légèrement tuméfié. Douleur vive à la pression au niveau du condyle externe et de la tête du péroné. Douleurs subjectives assez vagues dans les coudes et les épaules. Sensibilité à la pression au niveau de la partie moyenne des *muscles deltoïdes.* Au *coude droit,* douleur vive *au-dessus*

Digitized by Google

de l'épitrochlée; au *coude gauche,* même douleur à l'*épicondyle.* Toutes les autres articulations ne présentent rien d'anormal. Thorax : sonorité faible dans les deux sommets; souffle et râles sous-crépitants à ce niveau. Rien de spécial du côté du cœur. (Antipyrine, 5 grammes.)

Le lendemain, le malade se *trouve mieux;* il a un peu dormi la nuit; l'antipyrine n'a déterminé ni vertiges, ni bourdonnements d'oreilles, ni aucun autre phénomène subjectif. *Le genou droit, très endolori la veille, est complètement dégagé* et le malade peut le mouvoir sans aucune difficulté. Les points douloureux à la pression ont disparu. Les mouvements des bras s'exécutent sans douleur; la sensibilité de *l'épitrochlée droite et de l'épicondyle gauche a disparu; le deltoïde droit est également indolore;* à peine la pression éveille-t-elle une sensibilité légère au niveau du deltoïde gauche.

Pendant le séjour du malade à l'hôpital, les douleurs n'ont pas reparu. Les accidents thoraciques poursuivent leur évolution sans réaction fébrile ; le malade sort le 4 mai.

Une seule dose de 5 grammes d'antipyrine a définitivement supprimé des douleurs rhumatismales datant de 11 jours.

Obs. XVII. — Michel (Marie), 55 ans, couturière, entre à l'hôpital le 12 février 1885. Il y a environ dix ou douze ans, elle a été prise de douleurs articulaires qui ne la tinrent pas cependant alitée ; depuis ce moment elle présente fréquemment de l'œdème des membres inférieurs. Actuellement, la face est pâle, les lèvres cyanosées, la respiration fréquente, laborieuse, les veines du cou fortement dilatées, avec pouls veineux jugulaire. Les membres inférieurs sont fortement œdématiés, le foie hypertrophié, les urines assez abondantes : 700^{cc}; $d = 1014$, albumineuses. Le cœur bat au 6e espace intercostal, à quatre travers de doigt en dehors de la ligne mamillaire; les bruits sont tumultueux et on perçoit un souffle mitral systolique. Le pouls est à 120, petit, inégal, irrégulier. Les bases des deux poumons sont congestionnées.

A la suite de trois potions de digitale, le cœur se régularise, les urines sont abondantes et la malade se trouve mieux. Jusqu'au 3 mars, la situation reste la même, à part une seconde attaque d'asystolie combattue également avec succès par la digitale.

Le 3 mars, on note : à droite, *les mouvements du pied sont douloureux ; sensibilité à la pression en avant et au-dessous des deux malléoles et des jarrets.* La malade ne peut *mouvoir que péniblement le poignet ; douleur à la pression à la face dorsale. Douleurs spontanées et à la pression dans tout l'avant-bras, la face postérieure du bras et le tiers inférieur du biceps.* A gauche, *douleur à la pression en avant et au-dessous de la malléole interne, et aux faces postérieure et externe*

Digitized by Google

de la jambe. Sensibilité dans le biceps et les muscles de l'avant-bras. (Antipyrine, 6 grammes.)

4 mars. La malade a bien dormi la nuit. A droite, *la douleur a disparu autour de la malléole externe ;* il existe encore *une légère sensibilité au niveau de la malléole interne. Les mouvements du pied sont libres, le jarret est dégagé. Aucune douleur dans les mouvements du poignet* et à la pression de cette jointure ; *sensibilité moindre à l'avant-bras et au bras.* A gauche, la douleur a *disparu au bras, à la jambe et à la malléole interne.*

5 mars. Légère sensibilité dans les muscles antérieurs de l'avant-bras et du bras droit, dans les malléoles et le mollet.

6 mars. Toute douleur a disparu.

Sortie le 19 mars sans nouveaux accidents.

Ainsi, chez cette malade, affectée d'insuffisance mitrale et de rhumatisme apyrétique, une seule dose de 6 grammes d'antipyrine a suffi pour abolir complètement les douleurs dans les jointures du côté gauche. La sédation a été moindre, bien que manifeste cependant, sur les arthropathies du côté droit. L'action du médicament semble s'être continuée les jours suivants, les douleurs sont allées en diminuant et ont cessé complètement trois jours après. Cette observation montre, en outre, que les affections organiques du cœur ne sont pas une contre-indication à l'emploi de l'antipyrine.

Obs. XVIII. — Louis (Pierre), 69 ans, manœuvre, entre à l'hôpital le 16 juillet 1885 pour des douleurs rhumatismales ayant débuté, au mois de février, par les articulations des mains et des pieds, et ayant persisté assez vives pour l'empêcher de dormir une nuit sur quatre.

État actuel (17 juillet) : apyrexie. Pouls, 76, inégal. Constitution assez bonne. Léger tremblement sénile. Les *deux poignets sont tuméfiés ;* le malade ne *peut plier le poignet droit* qu'avec difficulté. *Douleur à la face palmaire du poignet droit et à la face dorsale du poignet gauche. Gonflement considérable des articulations métacarpo-phalangiennes et des articulations des premières et deuxièmes phalanges, surtout à droite.* Sensibilité à la pression des articulations précédentes, *du médius et de l'index droits et des quatre derniers doigts à gauche.* Les mouvements des doigts *sont impossibles.* Le malade peut fléchir et étendre les pieds. *Léger gonflement des cous-de-pied. Douleur en avant et au-dessous des malléoles interne gauche et externe droite. Tuméfaction douloureuse de l'articulation métatarso-phalangienne des gros orteils.* Cœur au 6e espace sur la ligne mamillaire. Bruit de galop mitral. Léger degré d'emphysème pulmonaire. (Antipyrine, 6 grammes.)

Digitized by Google

18 juillet. La douleur a disparu aux deux poignets; elle n'existe plus que vers la face interne ; *sensibilité moindre au niveau des doigts.* Même état des pieds. (Suppression.)

20 juillet. Les douleurs persistent *au même degré* que le 18. (Antipyrine, 6 grammes.)

21 juillet. Tuméfaction à la face interne des poignets. Sensibilité aux deux malléoles externes.

23 juillet. Même état des douleurs.

1er août. Exeat.

Il s'agissait ici d'un rhumatisme chronique polyarticulaire datant de quatre mois et demi. Une première fois l'antipyrine détermina un apaisement notable des douleurs sans les faire disparaître complètement. Une seconde dose n'eut qu'un effet indécis sur la douleur et n'influença nullement la tuméfaction des jointures.

Obs. XIX. — Alice B.., 15 ans, entrée le 11 juin à l'hôpital civil. Depuis un an, cette malade est sujette à des douleurs rhumatismales fréquentes dans l'épaule, le bras, le genou et le pied gauches. A cinq reprises différentes elle dut interrompre son travail, pendant quatre jours chaque fois. Actuellement elle est reprise depuis six jours ; les douleurs occupèrent d'abord la malléole externe gauche, puis le pied et le genou du même côté ; le bras gauche était en même temps endolori.

13 juin. Apyrexie. *Douleur au-dessous et en avant de la malléole interne gauche, à l'articulation tibio-tarsienne, aux articulations tarso-métatarsiennes des 2e, 3e et 5e orteils ; à l'articulation de la 2e et de la 3e phalange du 3e orteil. Douleur au mollet et à la face externe de la jambe gauche, dans la bourse séreuse sous-tricipitale, au niveau du tendon rotulien du même côté.* Poignet gauche libre. *Sensibilité aux articulations métacarpo-phalangiennes du médius, de l'index ; douleur à l'épicondyle, à l'olécrâne, à l'articulation acromio-claviculaire, dans la fosse sus-épineuse.* (Antipyrine, 6 grammes en potion.)

14 juin. Les douleurs ont diminué.

15 juin. Les douleurs ont disparu depuis le 14 au soir. Sortie le 14 juillet.

Les douleurs rhumatismales polyarticulaires et musculaires ont diminué immédiatement, puis disparu sans retour à la suite d'une seule dose de 6 grammes d'antipyrine.

Obs. XX. — M... (Charles), 47 ans, rentier, souffre depuis trois mois de douleurs rhumatismales qui ont débuté par les reins et qui se sont

Digitized by Google

étendues depuis quelques semaines à la partie postérieure de la cuisse. De plus, depuis quinze jours il éprouve des douleurs dans le bras gauche, vers le muscle triceps et au-dessus de l'aine gauche.

15 avril 1885. Douleur à la partie inférieure et externe de la cuisse gauche, extension de la jambe incomplète et douloureuse. Aucun gonflement du genou. *Légère sensibilité à la pression au niveau du creux poplité.* Aucune douleur à la pression du sciatique. Articulation de la hanche libre. Le malade marche difficilement en s'appuyant surtout sur les orteils, le genou restant fléchi à angle obtus. *Tuméfaction des articulations phalangiennes des doigts* avec craquements dans les mouvements provoqués. Douleur au niveau du triceps brachial. Urines : 900^{cc} ; $d = 1025$. Réaction fortement acide. Urée, $20^{gr},52$. Acide urique, $1^{gr},62$. (Antipyrine, 6 grammes.)

16 avril. Peu de sueurs à la suite de l'administration de l'antipyrine. Insomnie la nuit à cause des douleurs *qui n'ont diminué que depuis ce matin. Pas de douleur à la pression de la partie inférieure de la cuisse. Sensibilité au jarret et à la partie inférieure du tendon d'Achille.* Le malade *étend mieux les jambes,* mais l'extension forcée est douloureuse. *Aucune douleur au niveau du triceps brachial.* (Antipyrine, 8 grammes.)

17 avril. Même état des douleurs. (Injection de morphine.)

18 avril. La douleur, qui avait cédé aussitôt après l'injection de morphine, est revenue moins forte. Le malade a un peu dormi la nuit; il ne peut encore étendre librement la jambe. La douleur à la pression persiste.

21 avril. Même état. (Douche de chlorure de méthyle jusqu'à légère vésication.)

22 avril. Les douleurs persistent au même degré.

23 avril. La douleur est moins vive, mais persiste encore.

Ce n'est que vers le 25 mai que, sous l'influence de l'électrisation faradique répétée quotidiennement et du sulfate de quinine à haute dose, que se produit une amélioration notable. Le malade est alors perdu de vue.

A la suite d'une dose de 6 grammes d'antipyrine, le malade a été soulagé sensiblement, mais une seconde dose est restée absolument inefficace. L'affection rhumatismale remontait à trois mois.

3e groupe. — Rhumatismes blennorrhagiques.

Obs. XXI. — G... (Louis), charpentier, âgé de 33 ans, a été pris, il y a 5 mois, de douleurs vives dans la région du foie, suivies d'ictère pendant 5 à 6 semaines. Depuis, il était assez bien portant, quand, il y

Digitized by Google

a 7 semaines, il fut pris de douleurs vives dans la région lombaire; en même temps les cous-de-pied et les genoux se tuméfièrent et devinrent le siège d'une sensibilité très vive. Vers la même époque, il contracta une blennorrhagie, mais il ne peut dire si elle a précédé ou suivi les douleurs rhumatismales.

État actuel (20 mars) : tempérament lymphatique; constitution bonne. Temp. soir, 38°4 ; pouls, 88 ; R. = 20. — Temp. matin, 37°3; pouls, 88 ; R. = 20. Teinte subictérique légère de la peau et des conjonctives. Le foie est un peu tuméfié, le creux épigastrique est effacé ; la matité hépatique commence au 5e espace et dépasse de deux travers de doigt le rebord costal. Urines hémaphéiques, selles colorées.

Rien de spécial du côté du cœur et du poumon.

Le malade peut plier assez facilement le cou-de-pied droit. Il existe au niveau de l'*articulation tibio-tarsienne* un certain degré de gonflement sans rougeur. Les mouvements provoqués ne sont pas douloureux. Douleur à la pression au niveau de l'*articulation médio-tarsienne.* Le *genou droit* présente un gonflement marqué au niveau du cul-de-sac sous-tricipital. Douleur vive quand le malade cherche à plier et à étendre la jambe. A la pression, douleur au niveau du bord externe de la rotule et du plateau tibial, et du côté interne au niveau de l'interligne articulaire. Pas de douleurs dans la continuité des muscles de la jambe et de la cuisse.

A gauche, mouvements du pied non douloureux. Gonflement léger autour *de la malléole externe.* Douleur à la pression en avant et au-dessous de la malléole externe. Rien au genou.

Membres supérieurs : pas de douleurs spontanées. *Tuméfaction au poignet droit* correspondant à la gaîne du fléchisseur du pouce. Douleur à la pression à ce niveau. *A gauche,* sensibilité à la pression au-dessous de la *tête du cubitus.* Des deux côtés, tuméfaction des *articulations phalangiennes,* craquements articulaires. (Salicylate de soude, 5 grammes ; capsules de Santal.)

21 mars. Le malade se trouve mieux. Les mouvements des membres inférieurs se font sans douleur. Le gonflement des cous-de-pied et du genou droit a diminué. A la pression, on ne constate plus qu'une sensibilité légère à la malléole externe gauche et à la partie antéro-externe du poignet droit.

Du 22 au 26 mars, le malade va bien et ne se plaint pas.

26 mars. Le malade se plaint de nouveau de douleurs dans le membre inférieur droit. Il ne peut plier ni la cuisse, ni le genou. Tuméfaction légère du genou. A la pression, douleur vive à l'épine iliaque antéro-supérieure, aux bords interne et externe de la rotule, en avant et en arrière de la malléole externe. Douleur persistante au poignet droit. (Antipyrine, 5 grammes.)

Digitized by Google

27 mars. Le malade a pris hier son antipyrine en 3 fois : à 9 heures, midi, 1 heure. Aucun phénomène subjectif. Les douleurs ont cédé hier vers 6 heures du soir. Ce matin, il fléchit facilement la cuisse, la jambe et le pied. La pression n'éveille plus qu'une sensibilité légère au niveau de l'épine iliaque antéro-supérieure, sur les bords de la rotule et au-dessous de la malléole externe. Sensibilité au bord externe du poignet droit.

28 mars. Même état.

30 mars. Temp. matin, 37°. Les mouvements du poignet droit s'exécutent sans douleur. A la pression, douleur au niveau du bord externe. Les douleurs ont reparu dans les membres inférieurs. Les mouvements sont de nouveau très difficiles. A gauche, douleur à la pression à l'épine iliaque antéro-supérieure, vers le milieu de la crête iliaque, à l'émergence du nerf sciatique. A droite, douleur à la pression à l'épine iliaque supérieure, au niveau de la tête du péroné, sur les bords de la rotule, sur la malléole externe. Le malade demande lui-même à reprendre de l'antipyrine. (6 grammes.)

31 mars. Les douleurs subjectives ont complètement disparu. A la pression, il existe encore une certaine sensibilité à l'épine iliaque antéro-supérieure ; à gauche, douleur moins vive à l'épine iliaque, simple sensibilité à l'émergence du nerf sciatique. Les autres points douloureux ont disparu.

1er avril. Les douleurs ont en partie reparu pendant la nuit. Cependant le malade peut exécuter tous les mouvements, mais avec une certaine lenteur. A droite, points douloureux à l'épine iliaque antérieure et supérieure, et autour de la malléole externe. A gauche, points douloureux à l'épine iliaque, à la partie externe de la rotule, à la malléole externe. (Antipyrine, 6 grammes.)

2 avril. La pression ne détermine plus qu'une simple sensibilité en ces divers points.

Du 2 au 13 avril, état stationnaire. Pas de douleurs.

13 avril. Apyrexie. Urines normales. Foie lisse toujours hypertrophié. Un peu d'endolorissement avec léger gonflement à la malléole interne droite, au genou gauche, au-dessous de l'épine iliaque supérieure gauche. Épanchement léger dans la gaîne du fléchisseur du pouce droit. L'écoulement uréthral persiste. Le malade se lève et se promène dans la cour. (Injections de sulfate de zinc.)

Sorti le 30 avril sans nouveaux accidents.

L'antipyrine, donnée trois fois à la dose de 6 grammes, a chaque fois atténué les douleurs rhumatismales d'origine blennorrhagique, sans les abolir définitivement.

Obs. XXII. — Eugène P.... , 24 ans, menuisier, entré le 28 juillet 1885. L'affection a débuté, au mois de mars précédent, par des dou-

Digitized by Google

leurs dans le genou droit qui le forcèrent à rester alité pendant quinze jours. Il put ensuite reprendre son travail; mais, quinze jours après, il fut pris de douleurs dans les deux pieds qui durèrent jusque vers le 1er juillet; à ce moment, l'affection se généralisa aux genoux, aux hanches, aux membres supérieurs, et le malade dut s'aliter encore une fois. Plusieurs attaques antérieures de rhumatisme. Blennorrhagie en avril dernier; l'écoulement, qui avait duré deux mois et demi, est reparu au commencement de juillet.

État actuel (29 juillet) : temp. matin, 37°2; temp. soir, 37°6. A droite, *gonflement avec légère sensibilité aux articulations métacarpo-phalangiennes de l'index, du médius et de l'annulaire, à l'articulation de la première et de la seconde phalange de l'annulaire.* Coude presque dégagé. Impossibilité d'élever complètement le bras, *mouvements de l'épaule sensibles. Un peu de sensibilité à la pression au bord antérieur du deltoïde.* A gauche, *coude et épaule un peu sensibles.* Membres inférieurs : *légère sensibilité au niveau des deux talons.* Ces dernières existent depuis trois mois. *Sensibilité vers les dernières vertèbres cervicales.* Écoulement uréthral peu considérable. (Antipyrine, 6 grammes.)

30 juillet. Temp. matin, 37°2. Le malade a pris l'antipyrine en trois fois : à 10 heures, 11 heures et 2 heures. Quelques sueurs après la première dose; quelques nausées après la dernière. *La nuit a été bonne pour la première fois depuis quatre jours.*

La main droite n'est plus douloureuse; le malade *accuse encore une légère sensibilité quand il lève le bras Les mouvements de l'épaule et du coude gauches sont également peu sensibles. Aucune douleur au niveau des vertèbres. Les douleurs talonnières persistent.*

1er août. Le malade n'accuse plus que des douleurs dans les talons. (Antipyrine, 6 grammes.)

2 août. Les douleurs *persistent encore dans les talons à la pression et pendant la marche.*

3 août. Les douleurs talonnières persistent. *Exeat.*

L'antipyrine, à la dose de 6 grammes, a supprimé presque complètement les douleurs articulaires, mais est restée sans effet sur d'anciennes douleurs dans les talons. Ces douleurs étaient peut-être d'origine blennorrhagique.

4e groupe. — Névralgies.

NÉVRALGIE SCIATIQUE.

Obs. XXIII. — Henri G....., 35 ans, journalier, entre à l'hôpital le 3 août 1885 pour une névralgie sciatique datant de six semaines. En 1881, il a eu un rhumatisme polyarticulaire aigu qui le tint alité pen-

Digitized by Google

dant un mois et demi, et depuis cette époque il éprouve souvent des douleurs rhumatismales dans les lombes, les poignets, les coudes, les genoux, etc., qui ne l'empêchent pas de travailler, mais s'exaspèrent par les changements de temps.

A son entrée, on note : douleur spontanée et à la pression au niveau de la région lombaire droite et au-dessous du rebord costal. Points douloureux à l'échancrure sciatique, au creux poplité, le long des deux malléoles et à la plante du pied. Le malade se plaint d'éprouver des élancements douloureux le long du nerf sciatique et de l'engourdissement dans le pied ; les douleurs le réveillent parfois pendant la nuit.

5 août. Même état. De plus, il existe depuis cette nuit une douleur à l'articulation acromio-claviculaire gauche. (Antipyrine, 6 grammes.)

6 août. La douleur de l'épaule a disparu. Les points sciatiques et poplité sont moindres ; la douleur lombaire persiste. Fourmillements dans la jambe pendant la marche. (Bains de vapeur.)

8 août. Sorti à peu près complètement guéri.

L'antipyrine, administrée une seule fois chez ce malade, a déterminé un soulagement notable, sans cependant supprimer complètement les douleurs.

Obs. XXIV. — H... (Eugène), âgé de 16 ans, serrurier, est entré à l'hôpital le 25 mai 1886. Le 17, à 8 heures du matin, il a été pris d'une douleur vive dans la région sus-orbitaire qui est revenue quatre jours de suite à la même heure, durant chaque fois jusqu'à 4 heures du soir. Le 21 et le 22, la douleur s'apaisa, mais elle reparut le 23 et persiste depuis assez vive pour l'empêcher de dormir.

L'appétit est perdu depuis le 23 ; de plus, dès le début, le malade ressent des nausées ; il a même vomi à plusieurs reprises de la bile et des aliments. Toux sèche depuis un mois.

État actuel (26 mai) : Temp., matin, 37°4 ; pouls, 70 ; temp., soir, 38° ; pouls, 92. Tempérament lymphatique. Expiration soufflée et bronchophonie à la partie interne de la fosse sus-épineuse droite. Douleur spontanée au-dessus de l'œil gauche et dans la région fronto-temporale. A la pression, sensibilité à l'émergence des nerfs sus et sous-orbitaires. (Antipyrine, 4 grammes.)

27 mai. Temp., matin, 37°5 ; pouls, 66 ; temp., soir, 37° ; pouls, 76. Le malade a pris l'antipyrine en 2 fois, à 10 heures et à midi. Pas de sueurs. Les douleurs ont cédé presque immédiatement et le malade a dormi depuis midi jusqu'au soir. La douleur a reparu la nuit, mais avec une intensité moindre. (Antipyrine, 4 grammes.)

28 mai. Temp., matin, 37°2 ; pouls, 72 ; temp., soir, 38° ; pouls, 74. Le malade s'est plaint toute l'après-midi du 27 ; la douleur est deve-

Digitized by Google

nue très vive vers 7 heures du soir. Ce matin, paroxysme violent, surtout au niveau de la tempe gauche. Constipation depuis 5 jours. Pupille droite plus dilatée que la gauche. (Injection de morphine. — Vésicatoire à la nuque. Lavement purgatif. Antipyrine, 4 grammes.)

29 mai. Temp., matin, 37°5 ; pouls, 60 ; temp., soir, 38°2 ; pouls, 56. A la suite de l'injection de morphine, la douleur s'est calmée et n'a reparu que dans la nuit. Même état général. Une selle à la suite du lavement.

30 et 31 mai. Apyrexie. Pouls toujours ralenti, 56 à 64. Rétraction du ventre. Tache méningitique très nette. La douleur est combattue par des injections de morphine. (Vessie de glace, iodure de potassium.)

2 juin. Apyrexie. Pouls lent, 60, régulier. La douleur, disparue la veille, est revenue ce matin malgré une dose de sulfate de quinine. (1 gramme.)

Le 4 juin, la douleur est moins vive, le pouls à 60 ; le 5, elle disparaît complètement ; pouls, 64. L'examen du fond de l'œil montre une congestion de la rétine et un œdème de la papille et de la zone péripapillaire.

9 juin. Le malade, se trouvant mieux, demande sa sortie.

Il s'agissait, dans ce cas, d'une céphalalgie symptomatique d'une tuberculose méningée à évolution lente, ainsi que le prouvaient les vomissements du début, la constipation, la rétraction du ventre, le pouls lent, l'inégalité des pupilles. Néanmoins, une première dose d'antipyrine détermina une sédation passagère mais bien marquée de la douleur. Une seconde dose est restée inefficace, de même que le sulfate de quinine à dose élevée ; des injections de morphine réussirent seules à soulager notre sujet. Ce malade a quitté l'hôpital non guéri ; il a été perdu de vue ensuite.

ANALYSE DES OBSERVATIONS

Jetons maintenant un regard sur l'ensemble de nos observations : sur un total de 34 cas, en y comprenant les 10 observations déjà publiées antérieurement par l'un de nous, l'antipyrine s'est montrée d'une efficacité incontestable contre la douleur chez 28 de nos malades ; dans 6 cas seulement, l'effet a été plus incertain ou incomplet. Mais ce ne sont là que des chiffres bruts ; pour arriver à formuler exactement les indications de ce médicament, il est nécessaire d'examiner séparément les divers groupes d'affec-

Digitized by Google

tions rhumatismales que nous avons établis. Or, sur 19 cas de rhumatisme aigu et subaigu nous comptons 18 succès; une seule fois l'action de l'antipyrine a été moins évidente, en ce sens qu'elle n'a pu calmer entièrement toutes les localisations articulaires; une arthropathie de la hanche s'est montrée rebelle et a survécu aux autres douleurs qui avaient cédé très rapidement à quelques doses d'antipyrine (obs. 8). Sur 12 cas de rhumatisme apyrétique, nous relevons deux fois seulement un succès incomplet et même douteux : les douleurs furent apaisées, mais ne purent être dissipées entièrement. En y regardant de plus près, on constate qu'il s'agissait là de véritables rhumatismes *chroniques;* l'affection remontait à trois mois dans un cas (obs. 18), à 3 mois et demi dans l'autre (obs. 20); notons que dans ce dernier cas, d'autres médications ont été également tentées sans grand succès et que les douleurs ne se sont apaisées que très lentement.

Dans nos deux observations de rhumatisme blennorrhagique, une fois l'antipyrine a déterminé une atténuation des douleurs sans les supprimer complètement; dans le second cas, les douleurs des talons sont demeurées rebelles à son action.

Enfin dans un cas de névralgie sciatique et dans une céphalalgie sus-orbitaire symptomatique d'une tuberculose méningée, l'antipyrine n'a eu qu'un effet médiocre et passager.

Que conclure de là? C'est que l'antipyrine paraît être surtout efficace dans le rhumatisme vrai, fébrile ou apyrétique; qu'elle semble impuissante dans le rhumatisme chronique et dans le cas où le rhumatisme a une tendance à se fixer dans une articulation, enfin que son action est incertaine dans la forme blennorrhagique. Quant aux névralgies, nous avons eu trop peu de faits sous les yeux pour être fixés à cet égard.

Cette atténuation des douleurs rhumatismales sous l'influence de l'antipyrine est en général rapide: dès le lendemain, les mouvements des jointures sont plus libres, la sensibilité à la pression a notablement diminué, les douleurs spontanées ont en grande partie disparu. Il est même des cas où l'effet se fait sentir d'une façon plus précoce : sur onze observations où nous avons pu préciser le moment exact où les douleurs ont commencé à céder, nous voyons que dans un cas la sédation a débuté un quart d'heure après la première prise, dans 4 cas entre la première et la quatrième heure, dans les 6 derniers entre la 5e et la 12e.

Digitized by Google

Le gonflement articulaire est-il modifié en même temps et au même degré que les phénomènes douloureux ? Contrairement à l'opinion admise par un certain nombre d'auteurs, tels que Neumann, Lenhartz, G. Sée, nous croyons que la résolution de l'engorgement des jointures est loin d'être un fait constant. Dans certains cas, il est vrai, la douleur et la tuméfaction cèdent simultanément sous l'influence d'une ou de plusieurs doses d'antipyrine, mais d'autres fois, on constate de la manière la plus nette la dissociation de ces deux symptômes. Nous citerons comme exemple à cet égard notre 3e observation : le malade présente, le 7 mai, une tuméfaction douloureuse de la face dorsale de la main droite ; le lendemain, à la suite de l'administration de 6 grammes d'antipyrine, la douleur a disparu, le gonflement persiste avec une coloration rosée de la peau... Le 11 mai suivant, les deux poignets sont rouges, tuméfiés et douloureux ; on donne au patient 3 grammes d'antipyrine et le lendemain 12 mai, au matin, on constate que la sensibilité anormale a disparu, mais le gonflement et la rougeur inflammatoire sont les mêmes que la veille, etc... Une lecture attentive de nos observations montrera un certain nombre de cas semblables, il est donc inexact de dire que l'antipyrine, tout en abolissant la douleur, amène la résolution des lésions locales ; du moins ces deux effets ne sont pas forcément liés l'un à l'autre.

Quant à la fièvre, elle cède rapidement en général à l'antipyrine ; observons cependant que l'action analgésique n'est pas liée à l'abaissement de la température, puisque l'antipyrine, comme nous l'avons montré, est efficace dans le rhumatisme apyrétique.

Peut-on conclure de l'efficacité de l'antipyrine contre certaines manifestations du rhumatisme, que cet agent possède une action spécifique sur cette maladie ; en d'autres termes, qu'il a la propriété de la juguler, de la faire avorter à telle ou telle période de son évolution ? Nous répondrons par quelques chiffres : la durée normale du rhumatisme est évaluée en général à deux ou trois septénaires pour les cas moyens, elle peut atteindre deux ou trois mois dans les cas graves traités par l'expectation ; enfin, il existe des formes légères où les articulations sont pour ainsi dire à peine effleurées et qui se terminent en huit jours environ. Toutes nos observations de rhumatisme vrai, à part la première, appartiennent aux groupes des rhumatismes légers, apyrétiques et des

Digitized by Google

rhumatismes subaigus. Or, sur un total de 27 cas où les malades ont pu être suivis jusqu'à entière guérison, nous voyons que 12 fois l'affection s'est prolongée au delà d'un septénaire après l'institution du traitement, variant entre 8 et 63 jours, et que dans 14 cas, sa durée a été inférieure à 8 jours ; sept fois sur ces 14 cas, les accidents ont cédé définitivement à la suite d'une seule dose. Il semble donc qu'ici la durée du rhumatisme a été notablement diminuée ; remarquons toutefois que dans cette série de 14 cas, il s'agissait exclusivement de formes bénignes, apyrétiques, ou à peine accompagnées d'un léger mouvement fébrile et que, d'autre part, la maladie ayant duré déjà un temps assez long (d'un à trois septénaires) avant l'emploi du médicament, on peut se demander légitimement si la sédation des douleurs produite par ce dernier n'a pas coïncidé avec la fin naturelle et l'épuisement de l'affection. D'autre part, dans quelques cas nous avons eu affaire à des névro-arthritiques dont les douleurs entretenues par influence psychique devaient céder plus facilement à l'action d'un médicament nouveau, comme elles cèdent souvent à de simples suggestions. La question de l'influence abortive de l'antipyrine est donc très difficile à trancher. Nous inclinons cependant pour la négative, malgré les séductions de la statistique précédente. En effet, la lecture attentive de nos observations nous montre que la durée *totale* de la maladie a été, dans tous les cas de rhumatisme *subaigu*, supérieure à deux septénaires ; deux fois seulement elle s'est terminée au bout de 8 et de 12 jours ; nous rentrons donc dans les délais moyens fixés par les auteurs, et il n'est pas défendu de penser que l'affection tendait déjà à s'éteindre lorsque nous avons institué le traitement.

D'ailleurs, la plupart du temps, les douleurs momentanément apaisées par l'action de l'antipyrine ne tardent pas à reparaître ; la maladie continue donc à évoluer et il faut recourir de nouveau à l'usage du médicament. Il y a plus : c'est que chez plusieurs sujets, nous avons pu constater le développement de nouvelles arthropathies pendant la période d'action de l'antipyrine, alors que les articulations primitivement affectées étaient en voie de dégagement. Une de nos malades, Elisa L... (obs. 3), se plaint le 5 mai de douleurs dans les articulations acromio-claviculaires, scapulo-humérales et dans l'articulation carpo-métacarpienne du pouce gauche ; le lendemain, sous l'influence d'une dose de 6 grammes d'antipyrine, ces localisations ont disparu, mais pen-

Digitized by Google

dant la nuit, c'est-à-dire quelques heures après l'ingestion du médicament, l'articulation carpo-métacarpienne du petit doigt se prenait à son tour. Même phénomène chez un autre de nos sujets, L... (obs. 9), où nous voyons une jointure nouvelle devenir douloureuse alors que les autres recouvrent leur liberté.

Si nous ajoutons que l'antipyrine ne modifie pas la tuméfaction articulaire dans bon nombre de cas, qu'elle n'empêche pas, ainsi que l'ont remarqué la plupart des auteurs et que nous l'avons noté nous-mêmes dans une observation, les complications viscérales, nous serons autorisés à admettre en dernière analyse que l'antipyrine n'a pas d'action spécifique sur le rhumatisme, qu'elle n'en abrège pas la durée, mais qu'elle se borne à atténuer certaines de ses manifestations, à savoir la douleur et l'élément fébrile.

Nous ne voudrions pas cependant pousser cette conclusion trop loin ; il est possible, sans qu'on puisse l'affirmer d'une manière absolument positive, que chez *certains sujets* l'antipyrine administrée à fortes doses soit capable d'abréger la durée de la maladie en dégageant d'emblée toutes les jointures atteintes. Le même problème a été posé maintes fois à propos du salicylate de soude et on sait qu'il a été résolu souvent par l'affirmative. Pour Vulpian [1], l'abréviation de la maladie sous l'influence de cet agent serait incontestable; il agirait d'une façon particulière sur les éléments anatomiques des tissus articulaires. Nothnagel et Rossbach [2] accordent aussi au salicylate une action abortive dans le rhumatisme, action s'exerçant sur le principe même et la cause encore inconnue du mal. Suivant nous, ces conclusions ne doivent être admises qu'avec une très grande réserve ; l'action thérapeutique du salicylate de soude se rapproche beaucoup de celle de l'antipyrine. Les rechutes sont presque la règle quand on interrompt la médication ; les complications viscérales ne sont ni évitées, ni influencées dans leur marche. Il semble donc acquis que ni l'un ni l'autre de ces deux agents n'a en réalité la propriété de faire avorter le rhumatisme et que s'il y a des cas, où celui-ci s'est résolu rapidement et a pu paraître jugulé, ces cas sont une rare exception.

Quel est maintenant le mode d'action de l'antipyrine dans le

1. *Journ. de pharmac. et chirurg.*, 1880 et 1881.
2. *Éléments de mat. méd. et thérapeutique.* Trad. franç. Paris, 1880.

Digitized by Google

rhumatisme? Nous avons dit déjà que son efficacité n'était pas liée à l'abaissement de la température, puisque les arthropathies cèdent également alors qu'elles ne sont accompagnées d'aucun appareil fébrile. S'agit-il ici d'une propriété éliminatrice de ce médicament, laquelle aurait pour effet de chasser du sang ou des tissus, une substance nocive dont la présence serait la cause immédiate des accidents? On sait que certains faits plaident en faveur d'une dyscrasie spéciale au rhumatisme [1] et quelques auteurs ont interprété en ce sens l'effet du salicylate de soude. Si l'on en croit les analyses de Devaux [2], l'antipyrine aurait la propriété d'exagérer, dans une certaine mesure, les combustions intra-organiques; l'urée, l'acide urique, les matières extractives augmenteraient dans les urines; mais il est probable que cette élimination est en rapport avec la défervescence fébrile produite par l'antipyrine; d'ailleurs, la théorie repose exclusivement sur des données toutes gratuites, la cause essentielle du rhumatisme nous étant inconnue.

L'antipyrine agit-elle enfin dans le rhumatisme comme agent antizymotique? Le rhumatisme articulaire *aigu* paraît être une maladie infectieuse, microbienne. La variabilité et la multiplicité de ses manifestations: arthropathies, fièvre, déterminations cardio-pulmonaires, oculaires, cutanées, cérébro-spinales, etc., tout semble le démontrer. Nous savons d'ailleurs que d'autres microbes, celui de la blennorrhagie, par exemple, peuvent déterminer des symptômes très voisins; la morve, la septicémie, la scarlatine, la fièvre puerpérale, ont aussi une prédilection pour les séreuses articulaires. Ajoutons aussi, sans attacher toutefois grande valeur à ce fait, que Klebs aurait trouvé des monades spéciales dans le sang de malades affectés de rhumatisme articulaire aigu.

Ceci posé, peut-on admettre que l'antipyrine possède une action antiseptique spéciale au microbe du rhumatisme? Nous ne le pensons pas. En effet, nous avons vu, d'une part, qu'elle agit presque exclusivement sur les douleurs et qu'elle est impuissante contre les autres manifestations de la maladie, en particulier contre les complications cardio-pulmonaires; d'autre part, qu'elle n'enraye pas la maladie, mais que les accidents reparaissent après la suspension de la médication. Ces deux faits sont en désaccord avec

1. Bouchard, *Maladies par ralentissement de la nutrition.*
2. Devaux, Thèse Nancy, 1885, n° 202.

Digitized by Google

l'hypothèse d'une modification du principe même de la maladie, d'une action antizymotique. D'ailleurs, la rapidité même de l'action de l'antipyrine est un argument de plus à opposer à cette théorie : il n'est guère admissible qu'un médicament introduit à dose moyenne dans l'organisme puisse en quelques heures, en un quart d'heure quelquefois, poursuivre en quelque sorte les microbes pathogènes non seulement dans le sang, mais encore dans l'intimité des organes où ils ont élu domicile. Enfin, s'il est établi que l'antipyrine jouit de propriétés antiseptiques incontestables (Huchard, Loye, Brouardel, Devaux), le coefficient antiseptique de cet agent est loin d'atteindre un très haut degré et d'être comparable à celui des autres médicaments employés journellement à ce titre [1].

Nous admettons, pour notre part, que l'antipyrine n'est pas autre chose qu'un analgésique articulaire et que son action s'exerce par l'intermédiaire du système nerveux central, de même que nous regardons son action antipyrétique comme résultant d'une modification imprimée aux centres régulateurs de la température. Cette action analgésique semble s'étendre également aux muscles et aux nerfs, ainsi que M. G. Sée l'a constaté ; elle ne nous semble pas cependant aussi constante dans les douleurs musculaires et névralgiques que dans les arthropathies.

Nous rappellerons en terminant que le salicylate de soude et l'antipyrine, auxquels il faut ajouter l'antifébrine qui, à doses 4 fois moindres, a la même efficacité et de plus est mieux tolérée, ne constituent en somme que des succédanés du sulfate de quinine employé pour la première fois par Briquet, dans le traitement de la même maladie. L'antipyrine n'en reste pas moins un merveilleux médicament ; les douleurs disparaissent rapidement sous son influence et la maladie peut poursuivre ainsi son évolution naturelle sans réaction fébrile et sans manifestations douloureuses.

1. Devaux, *loc. cit.*

Digitized by Google

SUR DEUX CAS DE CANCER PRIMITIF DES VOIES BILIAIRES.

Les deux observations suivantes sont des exemples de cancer primitif des voies biliaires. Cette affection paraît être assez rare, puisque les mémoires de Bertrand [1] et de Villard [2], cités par Charcot [3], sont fondés, tout au plus, sur l'analyse d'une vingtaine de cas. L'étiologie en est des plus obscures ; elle se rencontrerait surtout chez des vieillards et plus particulièrement chez les femmes, comme dans l'une de nos observations : cependant Delafield [4] relate cinq cas de cancer du canal cholédoque observés chez des hommes relativement jeunes, de 35 à 40 ans. Krauss [5], de son côté, a rapporté cinq observations de carcinome primitif des voies biliaires et surtout de la vésicule, appartenant toutes à des femmes. Dans ces cinq cas, il existait en outre des calculs biliaires. Cette coïncidence se retrouve dans la plupart des observations : sur les 15 cas de la thèse de Bertrand, la lithiase biliaire a été observée 14 fois ; elle existait également dans les 12 cas recueillis par Hilton Fagge à Guy's Hospital, dans une période de 21 ans. D'après ce dernier auteur, les calculs seraient le plus souvent primitifs ; les symptômes qui les dénotent auraient constamment précédé l'apparition du cancer. Nos deux faits font exception à cette règle, bien que l'une de nos malades (obs. II) ait présenté, neuf ans avant le début de sa maladie, des accès douloureux épigastriques, irradiés vers les épaules, non accompagnés d'ictère, mais pouvant néanmoins en imposer pour des coliques hépatiques. L'autopsie a montré, dans ce cas comme dans l'autre, l'absence de toute concrétion dans les canaux et la vésicule biliaires. Voici d'ailleurs ces observations que nous avons jugées intéressantes à plusieurs points de vue.

Obs. I. — *Cancer primitif des voies biliaires. Ictère par obstruction. Mort par ictère grave hémorrhagique.*

Le nommé B..., âgé de 49 ans, menuisier, habituellement bien portant et sans antécédents vénériens ou alcooliques, est tombé malade

1. Thèse de Paris, 1870.
2. Étude sur le cancer primitif des voies biliaires. Paris, 1870.
3. Leçons sur les maladies du foie et des reins.
4. *New-York Med. Journal,* 1883.
5. *Deutsches Archivbl. für klin. Medizin,* t. XXXIV.

Digitized by Google

au mois de juin 1886, 5 mois environ avant son entrée à l'hôpital. Il se plaignait à cette époque d'une sensation de barre épigastrique et on lui fit remarquer alors qu'il était atteint de jaunisse ; cet ictère a persisté jusqu'à présent avec des alternatives d'exacerbation et de rémission ; les selles sont décolorées depuis le début. Jamais le malade n'a éprouvé aucune douleur à la région hépatique, il a ressenti seulement en juillet un léger point de côté à l'aisselle pendant une huitaine de jours ; ce point a complètement disparu depuis. L'appétit, d'abord bien conservé, a commencé à diminuer depuis 15 jours ; la langue est devenue épaisse et la bouche amère ; depuis ce même moment aussi, le malade accuse quelques coliques. Enfin il se plaint fréquemment de démangeaisons très vives sur le dos et les membres supérieurs. Le malade a dû interrompre son travail depuis le début de l'affection ; il aurait, dit-il, beaucoup maigri.

A son entrée, 1er décembre 1886, on note les symptômes suivants :

Apyrexie. Pouls régulier, très lent, 48 à 52. Constitution primitivement bonne. Tempérament mixte. Amaigrissement considérable. Coloration jaune-olive des conjonctives et des téguments. Pas de taches de purpura. Urines des 24 heures, 1,800 grammes, *d.* = 1012, réaction acide. Matières colorantes de la bile en abondance. Examen de l'abdomen : le creux épigastrique est effacé, la région sous-ombilicale paraît tuméfiée.

Le ventre est sonore partout, il n'y a pas d'ascite ; percussion du foie : submatité au 5e espace intercostal droit, matité aux 6e, 7e, 8e espaces, s'arrêtant au rebord des fausses côtes. Rien à signaler dans les autres organes.

4 décembre. Mêmes symptômes. Urines 2,000 grammes, *d.* = 1010, très chargées de bile, non albumineuses. Selles décolorées, grisâtres. Légère *ascite.* Prurit moins intense.

8 décembre. Température normale. Pouls 64. Urines 2,000 grammes, *d.* = 1010. Selles toujours décolorées. Douleurs dans la région de l'épigastre et de l'hypocondre droit.

11 décembre. L'ascite est plus considérable. Le ventre est large, plat, étalé, présente de la matité dans les parties déclives.

14 décembre. L'appétit est faible, les digestions lentes et pénibles. Même décoloration des selles. Ictère toujours très prononcé.

16 décembre. Urines 1,400 grammes, *d.* = 1009. Réaction acide. Matières colorantes et sels biliaires. Le malade s'est plaint pendant la nuit de fortes coliques accompagnées de nausées. Constipation. Facies altéré. Foie augmenté de volume, descendant jusqu'au niveau de la ligne ombilicale ; sans bosselures appréciables à la surface. Voussure épigastrique sonore. Sensibilité à l'épigastre et à la région hépatique. Matité dans la partie inférieure de l'abdomen, remontant du côté droit jusqu'à un travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Submatité dans les bases des deux poumons, avec râles sous-crépitants à la base droite.

Digitized by Google

17 décembre. Matité à droite dans les 4 derniers espaces, à gauche dans les 3 derniers seulement. Respiration obscure à la base droite ; quelques sibilances disséminées.

21 décembre. Pouls 56. Urines 1,300 grammes, *d.* = 1010. Réaction acide. Urée fortement diminuée, 13gr,57 ; chlore, 5,98. Acide phosphorique total, 1,48. Glucose et albumine, 0. Sonorité obscure dans les bases avec respiration rugueuse.

25 décembre. Depuis hier soir, le malade est dans le coma. L'intelligence est complètement abolie. Les pupilles réagissent à peine. Rétention d'urine. Aucune contracture des membres. La sensibilité existe. Temp. : 35°5, pouls : 60, ample. Respiration 12. Mort dans la nuit.

Autopsie. — *Les poumons* sont normaux ; ils ne présentent qu'un peu de congestion des lobes inférieurs et d'emphysème supplémentaire des lobes supérieurs. — *Le cœur* présente un certain degré de surcharge graisseuse. Son volume est normal, les valvules saines, le tissu un peu jaunâtre. — *La rate,* volumineuse, pèse 370 grammes, sa consistance est assez molle. — *Les reins* mesurent 18 centimètres de long sur 7 de large. La surface est lisse, de coloration verte avec marbrures rougeâtres. Même coloration à la coupe. — *L'estomac,* très dilaté, mesure 16 centimètres de haut en bas au niveau du grand cul-de-sac, et 24 centimètres transversalement. Il contient du sang fluide et un caillot volumineux du poids de 360 grammes. Au niveau du pylore, il existe une petite tumeur du volume d'une noisette, soutenue par un pédicule inséré vers l'extrémité intestinale de l'anneau pylorique et flottant dans la cavité du duodénum. La muqueuse de l'estomac est indemne. — *Le foie,* très hypertrophié, pèse 2,180 grammes; la surface est jaune et on y trouve environ une dizaine de petits points blanchâtres du volume d'une grosse tête d'épingle, s'enfonçant dans le tissu à une profondeur d'un ou deux millimètres. A la coupe, l'organe est dur, de coloration jaune; les canaux biliaires sont remplis de bile et considérablement dilatés. Au niveau du col de la vésicule, il existe une tumeur du volume d'un gros marron qui enserre les canaux cystique et cholédoque. La vésicule elle-même est très diminuée de volume ; elle mesure 6 centimètres d'avant en arrière ; elle ne contient pas de calculs, mais un mucus gris verdâtre très épais ; ses parois sont amincies. Au-dessus de la tumeur, le canal hépatique est très dilaté et mesure 3 centimètres de circonférence dans une étendue de 2 à 3 centimètres. Le canal cholédoque est de volume normal et fait corps avec la tumeur. — *Le pancréas* et le canal de Wirsung sont sains. — *L'intestin* est rempli de sang coagulé de couleur foncée.

Il s'agit donc ici d'un cancer primitif des voies biliaires, terminé au bout de six mois environ par un ictère grave à forme hémor-

Digitized by Google

rhagique. Les premiers symptômes de la maladie furent très insidieux ; le malade se plaignait seulement d'une sensation pénible à l'épigastre; en même temps il présentait une teinte ictérique des conjonctives et des téguments. Plus tard, l'appétit se perdit, des douleurs apparurent dans l'hypocondre droit ; l'ictère devint de plus en plus foncé ; les selles, complètement décolorées, montraient que la bile ne passait plus dans l'intestin ; le foie s'hypertrophia ; le malade s'émacia et s'affaiblit progressivement et finit par succomber dans le coma. L'autopsie montra un rétrécissement cancéreux des voies biliaires avec atrophie de la vésicule, dilatation des canaux biliaires intra-hépatiques et noyaux secondaires dans le foie, une hypertrophie de la rate et, enfin, une exsudation hémorrhagique très abondante dans l'estomac et dans l'intestin.

Obs. II. — *Cancer primitif des voies biliaires. Ictère. Fièvre intermittente hépatique. Ictère grave ultime. Mort par hémorrhagie dans le péricarde.*

La nommée Michel, âgée de 66 ans, revendeuse, a toujours joui, malgré sa constitution délicate, d'une assez bonné santé. Elle a été sujette cependant, à l'âge de 46 ans, à des accès de fièvre intermittente, à type quotidien, qui ont cédé, après un temps assez long, à l'administration du sulfate de quinine. Mère de trois enfants, elle a cessé d'être réglée à l'âge de 55 ans, et à cette époque elle aurait présenté des douleurs épigastriques violentes, sous forme de crampes avec irradiations dans les épaules qui ont persisté jusqu'il y a quatre ans, revenant par crises tous les trois ou quatre jours, et ne paraissant pas s'être accompagnées d'ictère. Depuis deux ans, elle éprouve de l'inappétence, du dégoût pour les aliments ; elle a des régurgitations amères et des vomissements bilieux trois ou quatre fois par jour ; enfin, depuis 15 jours, elle présente une coloration ictérique des téguments et c'est pour cette jaunisse qu'elle a demandé son entrée au service.

État actuel (12 avril 1886) : Apyrexie. Pouls : 68, régulier, égal. Ictère verdâtre ; intense, généralisé. Papules de prurigo disséminées, accompagnées de vives démangeaisons. L'appétit est assez bon, la langue peu chargée. Foie non augmenté de volume, indolore. Urines très foncées ; la réaction de l'acide azotique fumant y montre nettement la présence de pigment biliaire. Rien d'anormal du côté du cœur et de l'appareil respiratoire.

14 avril. Selles décolorées, grisâtres. Urines 1,200, *d.* = 1015. Réaction légèrement alcaline. Urée 12^{gr},53, acide urique 0,52. Albumine et sucre, 0. Matières colorantes biliaires. Traces de sels biliaires.

Digitized by Google

19 avril. L'ictère est devenu plus foncé. Pouls : 72. Selles régulières, toujours décolorées. L'estomac est dilaté, clapotant jusqu'à un travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Le foie est indolore, mais augmenté de volume et dépassant de deux travers de doigt le rebord des fausses côtes.

28 avril. Depuis le 24, la malade a tous les jours un accès de fièvre vers une heure de l'après-midi, débutant par un violent frisson suivi de chaleur et de sueurs. Le foie, très tuméfié, descend presque jusqu'à l'ombilic. (Sulfate de quinine 80 centigr.)

7 mai. La fièvre, qui avait cessé pendant deux jours à la suite de l'administration de la quinine, a recommencé le 1er mai. Ce même jour, on note une douleur vive au niveau de l'hypocondre droit, exagérée par la pression. Le 7 au matin, la malade a eu un violent frisson à 9 heures et quart. Vers 10 heures du matin, le pouls est à 130, la température à 40°6. L'ictère semble avoir diminué, les selles sont un peu colorées par la bile.

11 mai. Amaigrissement considérable. Expectoration séro-spumeuse assez abondante. Rien du côté du cœur ni des poumons. Les accès fébriles persistent, mais assez irrégulier comme retour et comme intensité. La douleur hépatique a cédé aux injections de morphine.

Du 11 au 24 mai. Plusieurs accès fébriles combattus avec succès par l'administration de 3 grammes d'antipyrine. Le volume du foie n'a pas augmenté. La pression de sa région n'est pas douloureuse. Amaigrissement et faiblesse progressive.

25 mai. L'antipyrine, déterminant des vomissements abondants, est donnée sous forme de lavements (5 gr.). Nodosité très nette au niveau du bord inférieur du foie. Selles très colorées ; quelques vomissements glaireux. Subdélire la nuit. Ictère intense et vert foncé.

27 mai. Frissons ce matin à 10 heures. A 11 heures, temp. : 39°7. Langue sèche. Vomissements aqueux. Selles diarrhéiques involontaires.

31 mai. Amaigrissement extrême. Pouls très petit. Œdème des membres inférieurs avec douleurs vives dans la jambe gauche. Mort dans le marasme. Temp. : 39°7 ; pouls : 128.

Autopsie. — *Le foie* pèse 1,450 grammes. Coloration vert-olive foncé. Consistance molle. Au niveau du lobe droit, il existe un nodule cancéreux volumineux, blanchâtre, mesurant 2 centimètres et demi environ de diamètre. En regardant le foie par sa face convexe, on constate, au niveau du sillon de la vésicule biliaire, une dépression d'apparence cicatricielle, commençant à 8 centimètres du bord droit de l'organe, mesurant d'avant en arrière 4 à 5 centimètres, et s'étendant en dedans jusqu'au delà du hile du foie. Le tissu à cet endroit est dur, squirrheux. La vésicule biliaire est difficilement reconnaissable. En ouvrant le duodénum et en introduisant une sonde par l'ampoule de Vater dans

Digitized by Google

le canal cholédoque, on constate que celui-ci est parfaitement perméable et mesure, transversalement, 18 millimètres (étalé). Le canal hépatique mesure, depuis son origine jusqu'à son embouchure dans le cholédoque, 2 centimètres, et transversalement, étalé, 12 millimètres. Toute la paroi de ce canal est épaissie, surtout au niveau de son origine ; elle mesure en ce point jusqu'à 8 millimètres d'épaisseur. Cet épaississemeut squirrheux de la paroi se continue en s'amincissant sur le canal cholédoque dans une étendue de 12 millimètres. Au niveau de son origine, le canal hépatique mesure, transversalement étalé, 11 millimètres. Immédiatement au-dessus, on trouve les deux branches de bifurcation de ce canal considérablement distendues (environ $0^m,04$ de circonférence), et le doigt s'enfonce même aisément dans les canaux biliaires secondaires ; ceux-ci mesurent environ 2 centimètres de circonférence, les canaux de 3e ordre, 4 à 5 milimètres. Sur des coupes du foie, tous ces canaux montrent des orifices très dilatés, béants ; ils contiennent une grande quantité de mucus visqueux, jaunâtre, mais sans calculs. La visicule biliaire atrophiée et englobée dans le tissu squirrheux mesure, d'avant en arrière, 16 millimètres.

En résumé, rétrécissement par infiltration squirrheuse du canal hépatique entre la bifurcation et le canal cholédoque ; atrophie consécutive de la vésicule et dilatation considérable de tout le système des canaux biliaires.

Péritoine. Adhérences au niveau de la tumeur.

Poumons. Hyperhémie passive des lobes inférieurs. Vaste ecchymose sous-pleurale à la face interne du poumon gauche. Emphysème des sommets.

Péricarde. Contient environ 200 grammes de sang pur ; la surface des deux feuillets est recouverte par la fibrine coagulée qui s'est étalée par le frottement, sous forme de fausses membranes rougeâtres, d'aspect villeux, très faciles à détacher ; la surface du péricarde est parfaitement lisse au-dessous de ces fausses membranes fibrineuses. Il s'agit là, en effet, comme l'examen microscopique l'a d'ailleurs démontré, de véritables dépôts fibrineux et non de néo-membranes vasculaires organisées.

Cœur. Surcharge graisseuse assez notable du ventricule droit. Volume normal. Tissu flasque, manifestement dégénéré.

Rate diffluente non hypertrophiée.

Reins. Décortication facile. Volume normal. Consistance molle. Pas d'altération apparente, sauf une coloration vert foncé de la substance tubuleuse.

Examen histologique : — *Foie.* La grande masse de la tumeur est composée de tissu fibreux parfait, ou en voie de formation (cellules embryonnaires et fusiformes), contenant de nombreux alvéoles remplis

Digitized by Google

de cellules cancéreuses de formes variées. On n'y trouve pas de cellules hépatiques, mais par contre des canalicules biliaires en grand nombre ; quelques-uns sont notablement dilatés et leur lumière centrale forme un espace assez large entre les deux rangées d'épithélium cubique qui la bordent. Cette tumeur paraît correspondre à la région des *vasa aberrantia* qui n'est constituée à l'état normal que par du tissu connectif et des canalicules biliaires anastomosés. L'épithélium des canalicules est modifié à peu près partout : quelques cellules ont encore leur aspect normal, les autres ont perdu leur forme cubique et sont fortement granuleuses et arrondies; quelques-unes ont des formes semblables aux cellules contenues dans les alvéoles du squirrhe, comme s'il y avait transformation directe des cellules épithéliales des canalicules biliaires en cellules cancéreuses. Le tissu hépatique, en dehors de la tumeur, montre une infiltration granulo-graisseuse des cellules ; dans quelques points, les cellules sont détruites et on ne rencontre qu'une masse granulo-graisseuse ; par places, au milieu des cellules hépatiques, on rencontre des gouttelettes verdâtres de bile; ces gouttelettes, arrondies ou allongées, sont entourées d'une série de cellules hépatiques, qui leur forment pour ainsi dire un canal ; ces espaces semblent correspondre à une réplétion par stase des radicules intralobulaires des canalicules biliaires. (Hépatite interstitielle caractérisée par une infiltration nucléaire dans les espaces portes et une augmentation du tissu conjonctif dans tout l'espace interlobulaire ; les canalicules dans cet espace ne paraissent pas dilatés.)

En résumé, une femme de 66 ans, ayant éprouvé vers l'âge de 57 ans, pendant 5 ans environ, des crampes épigastriques irradiées dans les épaules, et sujette, depuis deux ans, à des troubles digestifs, entre à l'hôpital pour un ictère datant de 15 jours avec décoloration des selles, et suivi bientôt d'une hypertrophie progressive du foie. Douze jours après, surviennent des accès fébriles quotidiens apparaissant d'abord à une heure de l'après-midi et plus tard le matin. Par intervalles, les selles redeviennent colorées ; la malade s'affaiblit progressivement, et deux mois environ après le début de l'ictère, on constate une nodosité très nette vers le bord tranchant du foie. Finalement, l'ictère devient plus foncé, le pouls s'accélère, la malade délire la nuit, des vomissements aqueux, une diarrhée abondante, des douleurs musculaires apparaissent et la malade finit par s'éteindre dans le marasme, plus de deux mois après l'apparition des premiers symptômes. On constate à l'autopsie un cancer primitif des voies biliaires avec rétrécissement du canal hépatique, par infiltration squirrheuse de ses parois. La vésicule biliaire était atrophiée, les canaux biliaires

Digitized by Google

intra-hépatiques étaient considérablement dilatés et le microscope montrait nettement les lésions d'une cirrhose biliaire consécutive ; enfin il existait une hémorrhagie abondante dans le péricarde.

Au point de vue de l'évolution clinique, le début et la marche de l'affection ont présenté dans ces deux cas de nombreux points de ressemblance. Des troubles digestifs, un ictère précoce avec décoloration des selles, suivi bientôt d'une hypertrophie progressive du foie, ont été les premiers symptômes de l'affection. L'observation II a présenté seule quelques difficultés de diagnostic. Les accès douloureux d'autrefois, la fièvre intermittente hépatique, la réapparition à plusieurs reprises de la bile dans les fèces, avaient fait songer tout d'abord à l'existence de calculs biliaires, et ce fut la constatation ultérieure d'une bosselure au niveau du bord tranchant du foie, qui permit de reconnaître le carcinome hépatique.

Cette observation montre que le cancer des voies biliaires peut s'accompagner d'une fièvre intermittente à type quotidien, sans qu'il y ait ni lithiase biliaire, ni angiocholite suppurée, ni péritonite de voisinage. Ce fait avait été déjà consigné par Charcot : suivant lui, toutes les causes d'obstruction durable et persistante du canal cholédoque peuvent donner lieu à ce symptôme. Il est à remarquer de plus que si, chez notre malade, cette fièvre a présenté au début le caractère vespéral indiqué par Charcot, plus tard les accès sont survenus le matin : l'heure tardive de l'accès n'aurait donc pas la valeur diagnostique qu'on lui avait tout d'abord attribuée.

D'après l'un et l'autre de nos deux cas, la maladie s'est terminée par une cholérine à forme hémorrhagique, cinq mois dans le premier, deux mois dans le second, après l'apparition de l'ictère. Chez la malade de notre seconde observation il existait des ecchymoses sous-pleurales et un épanchement sanguin considérable dans le péricarde. Chez l'autre on trouva à l'autopsie une grande quantité de sang dans l'estomac et l'intestin. Cet accident est loin d'être rare. L'un de nous a eu occasion d'observer récemment, avec M. Spillmann, des hémorrhagies intestinales abondantes et intermittentes chez un malade affecté d'un ictère chronique, dû, très probablement, à un cancer des voies biliaires. Dans l'intervalle de ces hémorrhagies, les digestions se faisaient régulièrement et sans la moindre douleur, ce qui semble exclure l'idée

Digitized by Google

d'une propagation au duodénum ; la tumeur n'était d'ailleurs pas accessible à la palpation. On sait que l'altération du sang consécutive aux ictères chroniques est une cause fréquente d'hémorrhagies ; cependant les hémorrhagies intrapéricardiques paraissent être un fait exceptionnel dans ces cas.

Quelques mots encore sur les lésions anatomiques du foie que nous avons pu relever avec soin dans notre deuxième observation. Il existait là une cirrhose biliaire consécutive au rétrécissement du canal hépatique. A la suite de la dilatation des canaux biliaires inter et intra-lobulaires, il s'était produit une hyperplasie conjonctive absolument limitée aux espaces portes et au pourtour des lobules. (Cirrhose périlobulaire et unilobulaire.) Il existait, de plus, une infiltration granulo-graisseuse des cellules hépatiques dont un certain nombre étaient même complètement détruites. Ces lésions sont de tous points identiques à celles que Charcot et Gombault ont réussi à obtenir expérimentalement par la ligature du canal cholédoque et qui peuvent se résumer ainsi : dilatation des canaux portes, élargissement par néoformation de tissu conjonctif des fissures et des espaces interlobulaires (sclérose périlobulaire et monolobulaire), développement anormal à leur niveau d'un grand nombre de canalicules biliaires interlobulaires qui se dilatent d'abord, s'insinuent dans les fentes et se prolongent jusque dans l'intérieur du lobule ; plus tard, enfin, destruction des cellules hépatiques.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'ANTIFÉBRINE.

A peine les propriétés antithermiques de l'antipyrine étaient-elles bien connues et son emploi thérapeutique commençait-il à se généraliser, que deux assistants de la clinique de Kussmaul, MM. Cahn et Hepp [1], expérimentaient un nouvel agent : l'acétanilide ou antifébrine, et lui reconnaissaient un effet identique, à doses quatre fois moindres, et sans qu'il donnât lieu aux désordres gastriques observés assez souvent chez les malades traités par

1. *Centralblatt für Klinisch. Mediz.*, septembre 1886.

Digitized by Google

l'antipyrine. Ces conclusions ne tardèrent pas à susciter de nouvelles recherches : deux mois à peine après le mémoire de Cahn et Hepp, l'un de nous [1] relatait à la Société de médecine de Nancy onze observations de malades fébricitants traités par l'antifébrine et démontrait la supériorité de cette dernière sur sa devancière, l'antipyrine. De son côté, le professeur Lépine [2], de Lyon, étudiait l'action physiologique et thérapeutique de l'antifébrine, et Mouisset [3], son élève, l'expérimentait avec succès dans la fièvre typhoïde. Enfin, parmi les mémoires les plus récents, nous devons citer ceux de Krieger [4], de Snyers [5], assistant du professeur Masius, les thèses de Weill [6], de Reyès-y-Sardina [7], publiées sous les auspices de M. Dujardin-Beaumetz, la thèse de Jacob [8], basée sur l'analyse de 70 tracés de température recueillis à notre clinique.

L'accord n'est pas encore fait aujourd'hui sur la valeur thérapeutique de l'acétanilide ni sur les inconvénients plus ou moins sérieux qui résulteraient de son emploi. L'antipyrine continue à jouir de la faveur du monde médical et dernièrement encore, M. Dujardin-Beaumetz [9] déclarait à l'Académie de médecine que l'antifébrine était un médicament *antithermique* très inférieur à l'antipyrine et qu'elle avait l'inconvénient de produire parfois, à petites doses, des dépressions considérables de température comme le fait l'acide phénique.

Nous nous sommes proposé, dans ce travail, de reprendre à nouveau l'étude de l'antifébrine au point de vue, exclusivement, de son action antithermique, afin de montrer sa parfaite innocuité et de bien préciser ses effets.

Nous avons relevé avec soin, chez un certain nombre de malades, la température toutes les heures ou toutes les deux heures, de façon à suivre aussi exactement que possible sur la courbe obtenue, le degré et la durée de la rémission thermique. Nous avons

1. *Société de médecine de Nancy,* octobre 1886, et *Revue médicale de l'Est,* novembre 1886.
2. *Lyon médical,* nos 44 et 45. — *Revue de médecine,* avril 1887.
3. *Lyon médical,* n° 47.
4. *Centralblatt für Klinische Mediz.;* n° 44.
5. *Annales de la Société médico-chirurgicale de Liège.*
6. Thèse de Paris. Janvier 1887.
7. Thèse de Paris. Mai 1887.
8. Thèse de Nancy. Août 1887.
9. *Académie de médecine,* 30 août 1887.

Digitized by Google

recueilli de la sorte 85 tracés sur un total de 26 observations, à savoir : 13 cas de fièvre typhoïde, 10 de tuberculose pulmonaire, un de rhumatisme articulaire aigu, un cas d'érysipèle de la face, un de fièvre intermittente.

La dose journalière d'antifébrine a varié entre 0gr,25 et deux grammes ; il nous a paru rarement nécessaire de dépasser cette dernière dose, bien que l'expérience nous ait prouvé qu'on pouvait sans inconvénient la pousser jusqu'à 4 grammes, ainsi que nous avons dû le faire dans un cas de fièvre intermittente rebelle.

Quelle que soit la dose employée et pourvu qu'elle soit donnée par fraction suffisamment importante à la fois (0gr,25 au moins chez l'adulte), voici ce qu'on observe : peu après l'ingestion du médicament, la température commence à s'abaisser ; la rémission se continue pendant les deux premières heures et au bout de trois heures environ, le minimum thermiqne est atteint : la température se relève alors immédiatement et au bout de 3 ou 4 heures, elle a regagné son degré initial. L'ensemble du tracé figure donc une courbe à sommet inférieur ; la température décroît progressivement et remonte de même sans s'arrêter à son degré minimum.

Ceci posé, reprenons nos tracés en détail :

I. — *Abaissement et réascension de la température.*

L'action de l'antifébrine est très rapide : une demi-heure ou une heure après l'ingestion du médicament, elle est manifeste ; dans un cas où nous avons pu suivre la marche de la température de 5 en 5 minutes, la température commençait à décroître au bout de 20 minutes. Cette diminution n'est pas absolument régulière ; c'est dans la première heure qu'on observe en général le maximum d'abaissement thermique (18 fois sur 25 cas examinés à ce point de vue) ; cette première rémission a varié, dans nos observations, de 0°5 à 2°2. Dans les heures suivantes, la température décroît plus lentement, c'est-à-dire de quelques dixièmes de degré seulement, jusqu'à épuisement complet de l'action du médicament.

La réascension de la température se fait en général d'une façon assez régulièrement progressive ; parfois elle débute par une élévation brusque, pouvant atteindre jusqu'à 1°2, et se continue ensuite plus lentement en augmentant de quelques dixièmes de degré par heure, pour regagner ou même dépasser son degré initial.

Digitized by Google

II. — *Degré de la rémission thermométrique.*

1° Doses de 25 centigrammes.

Nous avons administré l'antifébrine 53 fois à la dose de 25 centigrammes. L'abaissement thermique obtenu a été le suivant:

De 0°1 à 0°5.	11 fois.
De 0°5 à 1°	13 —
De 1° à 2°.	13 —
De 2° à 3°.	12 —
Résultat nul	4 —

La rémission maxima a été égale à 3° (un seul cas); 24 fois sur 53 cas, elle a été inférieure à 1°; 25 fois elle a dépassé ce chiffre. Si nous totalisons les résultats pour en prendre la moyenne, nous voyons que celle-ci est très approximativement de 1°2 pour une dose de 25 centigrammes.

Arrêtons-nous un instant aux faits négatifs. De ces quatre cas, il convient immédiatement d'en défalquer un : la température n'ayant été prise par inadvertance que 3 heures après l'ingestion du médicament, il est très probable que la rémission thermique a dû passer inaperçue. Les trois autres cas se rapportent à des malades affectés de fièvre typhoïde, chez lesquels une première dose de 25 centigrammes administrée le matin avait produit son effet habituel, c'est-à-dire une rémission thermométrique de 1°3 dans le premier cas, de 1°6 dans le second, de 3° dans le troisième. Une seconde dose égale fut administrée dans l'après-midi, au moment du minimum thermique, dans le but d'en prolonger la durée; dans ces trois cas, l'antifébrine ne donna aucun résultat. Ce fait important au point de vue du mode d'administration du médicament avait été déjà signalé par Jacob, qui l'aurait relevé 8 fois et l'aurait de plus retrouvé dans les tracés de Snyers et de Cahn et Hepp. « Si l'on administre, dit-il, une seconde dose d'antifébrine au moment de l'abaissement minimum, cette dose n'augmentera pas la descente de la température et ne retardera pas son ascension. Si l'on donne cette seconde dose pendant la période de réascension, elle sera également sans action ou bien l'abaissement sera faible et de courte durée. »

Quoi qu'il en soit, sur nos 53 cas, nous relevons une proportion de 3 insuccès seulement; on peut donc dire que, même à faible dose, l'effet de l'antifébrine peut être considéré comme constant.

2° Doses de 50 centigrammes.

Digitized by Google

Cette dose a été administrée 26 fois. Voici le tableau des rémissions obtenues :

De 0°4 à 1°	3 fois.
De 1° à 2°.	11 —
De 2° à 3°.	6 —
De 3° à 4° et plus. . . .	6 —

Ici, l'effet antipyrétique de l'antifébrine n'a jamais fait défaut. Le maximum d'abaissement thermométrique a été de 4°2; la moyenne de 2°1. Trois fois seulement sur 26 cas la rémission a été inférieure à 1° ; 23 fois, c'est-à-dire environ 90 fois sur 100, elle a dépassé ce chiffre. Remarquons aussi que la rémission obtenue avec les doses de 50 centigrammes est presque deux fois plus considérable que celle que donnent les doses de 25 centigrammes.

3° Doses de 1 gramme à 2 grammes.

Nous avons étudié en détail l'action de ces doses dans 6 cas seulement. Les rémissions thermiques ont été les suivantes :

De 1° à 2°.	1 fois.
De 2° à 3°.	3 —
De 3° et au delà	2 —

Le maximum atteint a été de 3°2, la moyenne de la chute thermométrique de 2°4, c'est-à-dire plus considérable que la rémission donnée par des doses inférieures.

La nature de la maladie a-t-elle une influence sur le degré de l'abaissement thermique? En examinant nos observations à ce point de vue, nous constatons immédiatement que les doses de 50 centigrammes ont une action toujours identique à elles-mêmes : 13 cas de fièvre typhoïde donnent une moyenne d'abaissement thermométrique de 2°4; dans 9 observations de tuberculose pulmonaire, la rémission est de 2°3. Il n'en est pas de même quand on emploie des doses inférieures : ainsi pour une dose de 25 centigrammes, la rémission moyenne a été dans la fièvre typhoïde de 1°6, dans la tuberculose, d'un degré seulement. Il semble donc que l'antifébrine réussisse mieux dans la fièvre typhoïde : ce fait avait déjà été noté par Krieger, qui déclare que l'antifébrine est plus efficace chez les typhiques et les paludéens que dans les autres pyrexies.

Jacob a avancé que plus la température initiale est élevée, plus la rémission thermométrique déterminée par l'antifébrine est considérable. Cette idée ne nous a pas semblé exacte : sur 12 tracés de fièvre typhoïde où la température initiale était infé-

Digitized by Google

rieure à 40°, la rémission moyenne obtenue par une dose de 25 centigrammes était égale à 1°6 ; elle était de 1°7 dans 8 autres tracés où la température initiale dépassait ce chiffre ; des doses de 50 centigrammes ont donné dans les deux cas une rémission moyenne de 2°1 et de 2°3. Chez nos tuberculeux, la moyenne des rémissions pour les cas où la température initiale était inférieure à 38° a été également très rapprochée de celle fournie par les tracés où la température primitive dépassait 38°.

En résumé donc, l'antifébrine a été administrée en tout 85 fois à des doses variant de 25 centigrammes à 2 grammes ; 82 fois elle s'est montrée efficace contre l'élévation de la température, 3 fois seulement elle a échoué (doses de 25 centigrammes); 54 fois la rémission thermométrique a dépassé 1 degré ; dans 28 cas, elle est restée au-dessous de ce chiffre ; l'abaissement thermique nous a paru plus considérable dans la fièvre typhoïde et surtout il a augmenté d'une façon évidente avec les doses, sans toutefois leur être rigoureusement proportionnel.

III. — *Au bout de combien de temps le minimum thermique est-il atteint ?*

Sur un total de 81 cas, l'abaissement maximum a été noté au bout de :

Une demi-heure	1 fois.
Une heure.	14 —
Une heure et demie . . .	1 —
Deux heures.	20 —
Deux heures et demie . .	3 —
Deux heures trois quarts.	1 —
Trois heures.	26 —
Trois heures et demie . .	3 —
Quatre heures	6 —
Cinq heures	4 —
Six heures.	2 —

La température la plus basse est donc obtenue le plus souvent au bout de 3 heures. Cinquante fois sur 81 cas, elle a été observée entre la 2e et la 3e heure ; 16 fois dans les deux premières heures ; 15 fois le laps de temps écoulé entre l'ingestion du médicament et le minimum thermique a dépassé 3 heures.

IV. — *Durée de l'effet antithermique.*

La durée totale de l'action de l'antifébrine, c'est-à-dire le temps écoulé depuis le début de la rémission thermométrique jusqu'au

Digitized by Google

retour à la température initiale, n'a pu être étudiée que dans les cas où les malades n'ont pris qu'une seule fois de l'antifébrine dans la journée; nous avons laissé de côté les faits où plusieurs doses ont été administrées à intervalles variables, dans le but de maintenir la température abaissée. Sur les 34 observations restantes, cette durée a été de :

Une heure.	1 fois.
Trois heures.	4 —
Quatre heures	9 —
Cinq heures	5 —
Six heures.	3 —
Sept heures	7 —
Huit heures	2 —
Neuf heures	1 —
Dix heures	2 —

D'après ce tableau, on voit que la durée de l'action antithermique de l'antifébrine a été de 3 à 7 heures, 28 fois sur 34 cas, c'est-à-dire environ 83 fois sur 100; 5 fois seulement (15 p. 100) elle a dépassé 7 heures sans pourtant aller au delà de 10 heures; une fois seulement (3 p. 100) la température n'est demeurée abaissée que pendant une heure.

Ainsi, l'action de l'antifébrine est absolument passagère; la température s'abaisse sous son influence pendant quelques heures, mais revient ensuite à son taux initial; dans les affections pyrétogènes, il faut en continuer tous les jours l'administration, si l'on veut maintenir la température abaissée. Cette règle souffre cependant quelques exceptions : chez deux malades qui avaient pris pendant quelques jours de l'antifébrine le matin, dans le but de diminuer l'exacerbation vespérale, l'action antithermique s'est poursuivie après la suppression du médicament, la température du soir se maintenant à un niveau très inférieur à la température matinale, comme les jours précédents où les malades étaient soumis à l'influence de l'antifébrine. Ces deux faits méritent d'être relatés avec quelques détails. Dans le premier cas, il s'agit d'un homme de 43 ans, atteint de pleurésie aiguë du côté gauche, accompagnée d'une fièvre variant entre 38°8 et 39°2 à 40°, matin et soir. Pendant neuf jours consécutifs, ce malade prit tous les matins une dose d'un gramme d'antifébrine, sous l'influence de laquelle la température du soir s'abaissa jusqu'à 37°, la température matinale continuant à demeurer élevée. A partir du 10e jour, l'antifébrine fut supprimée et néanmoins pendant quatre jours la

Digitized by Google

température vespérale continua à demeurer inférieure de plus d'un degré à la température du matin, celle-ci se maintenant aux environs de 39°, tandis que celle-là oscillait entre 37°5 et 37°8. Au bout de ces quatre jours, la température tendait à reprendre son type primitif, mais ce n'est qu'au bout de onze jours que la température du soir redevint définitivement supérieure à celle du matin.

Chez notre seconde malade, une jeune femme atteinte de tuberculose pulmonaire à évolution rapide, la température matinale variant entre 38°8 et 40°, l'antifébrine fut administrée quatre jours de suite, le matin, à la dose de 50 centigrammes; le 5e jour, bien que le médicament eût été supprimé, la température du soir s'abaissa à 36°, quoique la température du matin atteignît encore 38°, comme si la malade n'avait pas été soustraite à l'action de l'antifébrine.

Ces faits ne peuvent s'expliquer que par une modalité spéciale imprimée par l'antifébrine aux centres nerveux régulateurs de la température. C'est le système nerveux qui fait la fièvre comme dans d'autres circonstances il fait des convulsions. Or nous savons que le système nerveux a une tendance manifeste à conserver la modalité qui lui a été une fois imprimée. Un enfant qui a eu des convulsions, les répète sous la moindre influence ; tel autre qui a eu pendant des semaines des quintes de coqueluche, les voit se reproduire longtemps après la guérison, alors que la cause infectieuse a disparu, lorsqu'il prend une bronchite, etc. Il en est exactement de même dans le cas qui nous occupe : sous l'influence de l'antifébrine, la fièvre a pris un type particulier ; elle le conserve après la suppression du médicament, du moins pendant quelques jours, par *une habitude acquise* des centres nerveux qui président à la calorification.

V. — *Action de l'antifébrine sur le pouls.*

La fréquence du pouls suit ordinairement les variations de la température produites par l'antifébrine : elle diminue quand la température s'abaisse et augmente quand elle s'élève de nouveau. Toutefois, il n'y a pas proportionnalité exacte entre la fréquence du pouls et le taux de la température ; nous avons vu souvent, pour des chutes thermiques d'un et de deux degrés, le pouls tomber de 8 à 10 pulsations seulement ; il semble donc que ce ralentissement ne soit pas dû à une action spéciale du médicament sur le centre frénateur du cœur, mais uniquement à la diminution de la

Digitized by Google

chaleur du corps; on sait en effet que l'augmentation de la température suffit à elle seule pour accélérer les battements cardiaques.

Quant à l'amplitude du pouls, dans quelques cas Jacob l'a trouvée légèrement diminuée, d'autres fois augmentée; les tracés sphygmographiques ne lui ont pas montré en général de différence bien nette. De notre côté, dans un cas de fièvre typhoïde chez un sujet affecté d'insuffisance aortique, le sphygmographe nous a permis de constater une augmentation de la tension sanguine (appareil de Dudgeons). Avant l'administration du médicament, le tracé montrait une ligne d'ascension verticale terminée par un crochet accentué, une ligne de descente à peine oblique et enfin une courbe de dicrotisme très marquée, commençant presque au bas de la ligne de descente. Une heure après l'administration de 50 centigrammes d'antifébrine, la ligne d'ascension était diminuée de hauteur, la ligne de descente était devenue plus oblique et le soulèvement du dicrotisme, beaucoup moins accusé, était transporté à mi-chemin de la ligne de descente. La tension du pouls avait donc augmenté, mais nous croyons que cet effet n'est pas dû à une action tonique de l'antifébrine sur le cœur, mais bien à l'abaissement de la température; la température élevée, en dilatant les artères, diminue en effet la tension du pouls. Ce cas est d'ailleurs le seul où le tracé sphygmographique du pouls nous ait offert des modifications appréciables.

VI. — *Des accidents consécutifs à l'administration de l'antifébrine.*

1° *Sueurs.* — L'antifébrine, comme l'antipyrine, détermine fréquemment une diaphorèse plus ou moins abondante. Les sueurs apparaissent d'ordinaire dans la première heure qui suit l'ingestion du médicament; elles se produisent indifféremment avec toutes les doses. Chez 61 malades, nous les avons notées 16 fois, ce qui donnerait une proportion de 26 p. 100 environ. Ce chiffre se trouve être inférieur à la réalité; plusieurs de nos malades avaient pris concurremment avec l'antifébrine un granule d'un milligramme de sulfate d'atropine, dans le but d'arrêter ou tout au moins de modérer la crise sudorale. Jacob indique en effet un chiffre plus élevé. Sur 76 malades observés, il a relevé 28 fois des sueurs, soit au total 37 fois sur 100 cas.

La durée de la diaphorèse varie de quelques minutes à plusieurs heures; parfois elle a persisté durant toute la journée. A plusieurs reprises, nous avons cherché à la combattre et même à l'empêcher

Digitized by Google

de se produire en administrant du sulfate d'atropine en même temps que la dose d'antifébrine. Sur un total de 11 cas traités de cette façon, 3 fois seulement des sueurs se sont produites malgré l'atropine ; 6 fois la diaphorèse n'a pas eu lieu, enfin deux fois les sueurs commençantes ont été arrêtées par l'atropine. Chez les malades n'ayant pas pris d'atropine, les sueurs ont été observées 13 fois sur 21 cas, la proportion est donc de beaucoup plus élevée. L'arrêt des sueurs sous l'influence de l'atropine n'a été d'ailleurs accompagné d'aucun phénomène fâcheux ou même pénible pour les malades.

2° *Cyanose.* — La cyanose de la face et des extrémités s'observe aussi quelquefois pendant la période d'action du médicament. Jacob la signale dans le sixième des cas (12 fois sur 72 malades). Le même phénomène a été noté également à la suite de l'administration de l'antipyrine ; il paraît être dû, dans l'un et l'autre cas, à des modifications de la circulation cutanée et n'offre aucun danger.

3° *Syncope et collapsus.* — Jacob a observé une seule fois une syncope à la suite d'une dose de 25 centigrammes d'antifébrine administrée à une tuberculeuse arrivée à la phase ultime de sa maladie (3 jours avant la mort).

Cahn et Hepp ont vu survenir du collapsus après une dose de 50 centigrammes d'antifébrine chez un typhique débile. M. Dujardin-Beaumetz a observé un cas semblable : le malade fut rapidement réchauffé par des frictions cutanées et des injections d'éther.

Pour nous, nous avons noté deux fois chez des typhiques un état d'abattement assez profond, bien que la chute de la température n'eût pas dépassé 1°1. Enfin, chez une enfant de neuf ans, atteinte également de fièvre typhoïde, il se produisit, à la suite d'une dose de 25 centigrammes d'antifébrine, une dépression thermique de 2°4, accompagnée d'un collapsus assez profond qui se dissipa d'ailleurs rapidement.

4° *Frissons.* — Cahn et Hepp ont vu deux fois apparaître des frissons chez des malades atteints de fièvre typhoïde ; nous avons relevé quatre fois le même phénomène, également chez des typhiques. Deux fois, le frisson a coïncidé avec une réascension brusque de la température qui de 36°4 dans un cas et de 37° dans l'autre, s'éleva dans l'espace d'une heure de 2°6 et de 2°4 à 39° et 39°4. Dans les deux autres cas, au contraire, le frisson a accompagné une brusque descente de la température de 2°2 et de 3°.

Digitized by Google

En résumé, jamais nous n'avons constaté aucun accident grave à la suite de l'emploi de l'antifébrine, parmi les observations qui ont servi de base à notre travail. Bien plus, nous avons examiné au même point de vue la plupart des cas où l'antifébrine avait été administrée pendant l'année 1886-1887. Sur une cinquantaine d'observations, 92 fois l'antifébrine a été donnée à la dose de 25 centigrammes, 67 fois à la dose de 50 centigrammes, 13 fois à la dose d'un gramme, 20 fois à celle de 1gr,50, 19 fois à celle de 2 grammes, 4 fois à celle de 3 grammes, enfin 8 fois à celle de 4 grammes par 24 heures. Sur ce total de 223 cas, jamais nous n'avons observé aucun accident capable de mettre en danger la vie des malades ou même de les incommoder sérieusement. Ceci prouve de la façon la plus évidente l'innocuité parfaite du médicament.

VII. — *Mode d'administration et doses.*

Nous donnons ordinairement l'antifébrine à des doses variant de 25 centigrammes à 2 grammes et 4 grammes suivant les cas (jamais plus de 2 grammes à la fois), en solution dans une petite quantité de thé au rhum. Si l'on redoute quelque accident, on peut essayer d'abord une dose faible que l'on répète plusieurs heures de suite en suivant au thermomètre la chute de la température. Par exemple, au lieu de donner un gramme d'antifébrine d'emblée, on administre cette dose en deux ou quatre fois à une heure d'intervalle; l'action de chaque dose s'ajoute à celle de la dose précédente et on ramène ainsi la fièvre à un taux modéré d'une manière lente et progressive; on suspend le médicament dès que la température est abaissée au chiffre désiré. Cette manière de procéder permet en outre, comme on le conçoit aisément, de prolonger davantage la rémission thermométrique : chez une de nos typhiques, l'antifébrine administrée de cette façon par quatre prises de 25 centigrammes espacées d'heure en heure, la température s'abaissa progressivement de 5 à 8 dixièmes de degré par heure et remonta de la même manière; 7 heures après la première dose, la température était encore inférieure d'un degré et deux dixièmes à son chiffre initial. On aura donc recours aux doses répétées, espacées d'heure en heure, pour obtenir un effet durable. Si l'on voulait procéder autrement et donner, par exemple, au malade deux doses massives dans la journée, la seconde dose devrait être administrée non au moment du mini-

Digitized by Google

mum thermique (nous avons montré en effet que dans ce cas elle serait sans action), ni même au moment où la température reprend sa marche ascendante, mais bien quand la température, abaissée sous l'influence de la première dose, est revenue au voisinage de son point de départ.

VIII. — *Conclusions.*

En terminant ce travail, nous pouvons conclure que l'antifébrine n'est pas seulement, comme on l'a dit, un médicament analgésique, mais un véritable agent antithermique efficace et sans danger. Son action antipyrétique n'est pas apparente et l'abaissement thermométrique ne résulte pas d'une modification pure et simple dans la distribution de la température organique. Si, en effet, on étudie les variations de la température rectale et des températures périphériques sous son influence, comme nous l'avons fait chez une de nos malades, on voit que l'abaissement thermique se produit simultanément sur les différents points de la surface cutanée, en même temps que la température centrale diminue parallèlement.

Pour nous, l'antifébrine est de beaucoup supérieure à tous les médicaments antithermiques connus et en particulier à l'antipyrine; elle a sur celle-ci l'avantage d'une composition toujours identique à elle-même, d'un prix minime et d'une tolérance parfaite de la part des voies digestives; enfin son activité plus grande permet de l'employer à des doses quatre fois plus faibles que l'antipyrine.

DE L'ANTIFÉBRINE CONTRE LE RHUMATISME ARTICULAIRE ET LA DOULEUR EN GÉNÉRAL.

La similitude d'action de l'antipyrine et de l'acétanilide sur la température fébrile devait naturellement conduire à expérimenter ce dernier médicament dans les cas d'affections douloureuses, où l'antipyrine donnait des résultats favorables.

Pour la première fois en France, l'antifébrine a été employée à la clinique de M. Bernheim et le résultat de ces observations fut communiqué à la Société de médecine de Nancy le 27 octobre

Digitized by Google

1886. « Il est probable, disions-nous, que l'antifébrine, comme l'antipyrine et le salicylate, a une action analgésique immédiate dans le rhumatisme articulaire aigu. » Cette action analgésique de l'antipyrine, M. Bernheim l'avait aussi le premier constatée en France, presque en même temps que MM. Alexander et Demme, et sans connaître leurs travaux.

Plus tard, M. le professeur Lépine constata les propriétés sédatives de l'acétanilide contre les douleurs fulgurantes des ataxiques. Puis, de nombreuses observations éparses dans les journaux établirent son efficace contre les névralgies et les douleurs en général. Cahn et Hepp, Riese et Landgraf, Snyers, Lépine, Dujardin-Beaumetz, Weill, etc., l'expérimentèrent dans le rhumatisme articulaire avec des succès variables. Les uns la placent sur la même ligne que le salicylate de soude et l'antipyrine ; les autres la considèrent comme inférieure à ces médicaments.

Depuis nos premières recherches, nous avons continué à l'expérimenter contre les diverses formes de rhumatisme articulaire et les affections douloureuses du système nerveux. Nous consignons ici le résumé de ces recherches ; et pour le dire immédiatement, les résultats obtenus nous ont paru assez satisfaisants pour nous engager à substituer désormais l'acétanilide à l'antipyrine et au salicylate de soude.

1er Groupe. — *Rhumatismes articulaires.*

Nous avons rassemblé 18 observations[1] de rhumatismes articulaires traités par l'antifébrine :

Rhumatismes apyrétiques	4
Rhumatismes subaigus et aigus	11
Rhumatismes aigus avec complications pulmonaires	3

Sur ces 18 observations, l'antifébrine s'est montrée constamment efficace, aussi bien dans les formes apyrétiques que dans les rhumatismes fébriles. L'atténuation des douleurs a été en général très prompte : dans 10 observations où nous avons pu noter le moment exact de la disparition des douleurs, 6 fois la sédation a été complète 4 heures après l'ingestion de l'antifébrine ; une fois seulement elle s'est produite au bout de 3 heures ; trois fois elle s'est fait attendre 5, 6 et 8 heures.

1. Une partie de ces observations et de celles qui suivent a été publiée déjà dans la Thèse de Jacob. Nancy, 1887.

Digitized by Google

C..., 22 ans, entré le 4 avril 1887. Depuis cinq jours, douleurs dans les articulations des membres inférieurs avec gonflement. Alité depuis le 5 avril ; temp., 38°2 ; pouls, 80. Douleur à l'insertion du deltoïde droit ; gonflement, rougeur et douleur à l'épicondyle droit avec grande difficulté des mouvements du coude. Douleur vive à la pression à l'interligne articulaire du genou gauche. Antifébrine, 0gr,50 à 11 heures du matin. *A 3 heures du soir, disparition des douleurs,* l'épicondyle seul est encore un peu douloureux à la pression. 7 avril. La douleur épicondylienne existe encore, mais moins forte que la veille. Antifébrine, 0gr,50 à 11 heures du matin. *La douleur a complètement disparu à 3 heures.*

Sorti le 10 avril sans nouvel accident. Un mois après, le malade est revu et déclare n'avoir plus éprouvé aucune douleur.

Un fait important à constater, c'est que l'antifébrine n'exerce d'action sédative que sur les douleurs rhumatismales *actuelles*, c'est-à-dire sur celles qui existent au moment même où elle est administrée ; elle n'empêche pas les récidives de se produire. Non seulement, en effet, on voit fréquemment les douleurs reparaître le lendemain au niveau des jointures primitivement atteintes ou dans d'autres articulations, mais encore il n'est pas rare de voir de nouvelles arthropathies se manifester quelques heures après l'ingestion du médicament, alors que les premières étaient en voie de dégagement. En voici un exemple pris au hasard :

André, 35 ans ; rhumatisme articulaire subaigu, datant de 3 semaines.

7 décembre. Temp., matin, 37°6 ; pouls, 108 ; temp., soir, 38°4 ; pouls, 108. A gauche, douleur à la pression de la face dorsale du pied gauche, surtout au niveau des articulations métatarso-phalangiennes. Mouvements du cou-de-pied très douloureux ; sensibilité vive au niveau de l'interligne articulaire. Le pied droit est un peu sensible à sa face plantaire ; douleur à la pression dans la moitié interne de la face dorsale. Antifébrine, 2 grammes, à prendre en 4 fois, 3 paquets d'heure en heure à partir de 11 heures du matin, l'autre le soir.

8 décembre. Les douleurs ont diminué à la suite de l'antifébrine, *mais ont reparu dans la nuit.....*

14 décembre. Temp., matin, 37° ; pouls, 96 ; temp., soir, 37°7 ; pouls, 88. Articulation acromio-claviculaire droite très sensible. Articulation acromio-claviculaire gauche douloureuse. Poignet gauche un peu rouge, tuméfié et sensible à la pression. Antifébrine, 2 grammes ; premier paquet à 10 heures du matin.

15 décembre. Temp., matin, 36°8 ; pouls, 96 ; temp., soir, 37°6 ;

Digitized by Google

pouls 96. Le malade a bien dormi la nuit. Poignet gauche et articulations acromio-claviculaires dégagés. Depuis hier *dans l'après-midi, coude gauche envahi : douleurs assez vives à la pression au niveau de l'olécrâne et de la bourse séreuse sus-olécrânienne.*

23 décembre. Apyrexie. Douleur au coude gauche, au jarret droit, à l'articulation acromio-claviculaire gauche, au niveau des dernières vertèbres cervicales. Antifébrine, 2 grammes à 9 heures et 10 heures du matin en 2 fois.

24 décembre. Hier vers 6 heures et demie du soir toutes les douleurs avaient disparu; *ce matin vers 2 heures, nouvelles douleurs dans le coude gauche; actuellement légère sensibilité à l'articulation acromio-claviculaire gauche et au jarret droit.....*

Les faits de ce genre suffiraient à prouver que l'antifébrine n'a pas d'action spécialement élective sur le rhumatisme lui-même. Son rôle se borne à apaiser les douleurs, mais si la maladie tend à poursuivre son évolution, les douleurs reparaissent dès que l'action du médicament est épuisée, le plus souvent dans la nuit qui suit son administration.

Une autre preuve à l'appui de cette thèse que nous avons défendue déjà à propos de l'action de l'antipyrine [1], c'est que les autres facteurs de l'affection rhumatismale, la fièvre à part, ne sont pas modifiés aussi heureusement que la douleur par l'antifébrine : chez trois de nos sujets affectés de rhumatisme articulaire aigu compliqué de broncho-pneumonie, les accidents pulmonaires ne purent être évités ni enrayés dans leur marche par l'emploi de l'antifébrine. Le gonflement et la rougeur survivent le plus souvent aussi à la disparition des douleurs ; l'antifébrine n'amène donc pas la résolution des lésions locales.

W..., 34 ans; rhumatisme articulaire subaigu, 8e jour. *12 février.* Temp., matin, 40°2 ; temp., soir, 38°5. Main gauche tuméfiée et douloureuse ; rougeur et gonflement douloureux du poignet. Sensibilité aux articulations métacarpo-phalangiennes. A droite, douleur et rougeur au niveau du poignet. Antifébrine, 1gr,50 en 3 fois à 9 heures, 10 heures et 6 heures.

13 février. Temp., matin, 38° ; pouls, 88. Les douleurs ont commencé à disparaître hier dans l'après-midi ; à 4 heures, la malade, qui était auparavant incapable de se servir de ses mains, a pu manger seule. Ce matin, les mains sont libres : il existe encore de *la rougeur au poignet droit;* à gauche, *rougeur et gonflement du poignet.*

1. *Rev. méd. de l'Est* et *Rev. gén. de clinique et de thérapeutique,* 1887.

Digitized by Google

Ce qui précède a déjà pu faire pressentir que l'antifébrine, si elle est presque toute-puissante contre l'élément douleur du rhumatisme articulaire, ne constitue cependant pas une médication abortive à coup sûr de la maladie.

Nos 4 cas de rhumatisme apyrétique ont cédé au bout d'un à trois jours de traitement, mais cette forme apyrétique est en général peu tenace et ne présente pas de tendance envahissante ; de plus, dans un de ces cas l'affection durait depuis trois semaines et peut-être approchait de son terme.

Dans nos 14 cas de rhumatismes aigus et subaigus, 13 fois seulement le début de l'affection a pu être nettement précisé. Sur ce dernier nombre, la durée de la maladie après *l'institution du traitement* a été 7 fois inférieure à un septénaire. Observons toutefois que dans 3 de ces cas il s'agissait de rhumatismes légers, localisés à un petit nombre de jointures, accompagnés d'une fièvre modérée et peu persistante : dans les 4 autres la maladie ayant duré auparavant de 10 à 37 jours, il faut raisonnablement penser qu'elle était arrivée près de son déclin.

Si nous considérons maintenant les 6 cas restants qui tous appartiennent à des rhumatismes intenses, généralisés, et compliqués, pour trois d'entre eux, de broncho-pneumonie rhumatismale, nous voyons que la durée de l'affection, après le début du traitement, a été au minimum de 11 jours et en moyenne de 20 jours ; la durée totale variant entre 4 et 12 septénaires. Donc l'antifébrine n'arrête pas et n'abrège pas toujours l'évolution des rhumatismes aigus intenses et généralisés, et son action consiste surtout dans la sédation des douleurs articulaires. Cette propriété analgésique remarquable sera mise encore davantage en relief par les observations qui vont suivre.

2e Groupe. — *Affections douloureuses du système nerveux.*

Les observations de ce groupe, au nombre de 13 seulement, se répartissent de la manière suivante :

Douleurs fulgurantes de l'ataxie locomotrice	2
Névralgies diverses, migraine	10
Colique saturnine	1

Dans tous ces cas, l'antifébrine a été administrée à des doses variant de 0gr,25 à 3 grammes dans les 24 heures, pris en une fois ou par fractions rapprochées. Nous insistons sur ce fait

Digitized by Google

qu'ici comme dans nos observations de rhumatisme articulaire, nous n'avons constaté chez aucun de nos malades de phénomènes anormaux dangereux ou pénibles en dehors des effets physiologiques bien connus du médicament.

Sur ces 13 observations, 4 fois l'antifébrine a complètement échoué :

X...., 31 ans, tanneur; névralgie du cubital datant de 8 jours. Douleur à la pression au tiers supérieur de la face interne du bras, dans la gouttière olécrânienne et au poignet; fourmillements dans les deux derniers doigts de la main. Pendant 3 jours consécutifs, administration de doses croissantes d'antifébrine, 1 gramme, 2 grammes, 3 grammes. Amélioration à peine marquée. Guérison ultérieure à la suite d'un vésicatoire.

X...., 34 ans, enceinte de 3 mois et demi; affectée depuis 15 jours d'une névralgie du trijumeau. Douleur continue sans paroxysmes aux émergences des nerfs sus et sous-orbitaires, très exagérée par la pression. Administration trois jours de suite d'antifébrine aux doses de 1 gramme, 2gr,50 et 3 grammes. Aucune action. Le bromure de potassium et l'aconitine restent également sans effet. La malade est perdue de vue depuis.

H...., 52 ans. Tuberculose pulmonaire. Névralgie sciatique gauche depuis deux mois : douleur très vive à l'échancrure sciatique et derrière le grand trochanter. Pas de fourmillement ni d'engourdissement du membre. Antifébrine, 0gr,50. La douleur n'est nullement influencée.

L...., 32 ans. Tuberculose. Névralgie intercostale gauche. Antifébrine, 0gr,25. Le lendemain la douleur persiste au même degré que la veille. Elle s'atténue et disparaît après deux douches de chlorure de méthyle.

La seconde série de faits comprend deux cas où l'antifébrine, sans faire cesser complètement les symptômes douloureux, a cependant produit une sédation manifeste :

G...., 37 ans. Névralgie sciatique datant de 17 jours. Une douche de chlorure de méthyle ne produit aucun résultat. Le 15 février, mouvements de la cuisse droite très douloureux. A la pression, douleur vive à l'échancrure sciatique et au côté interne du tibia. Antifébrine, 1gr,50. *La douleur disparaît pendant 10 heures* et reparaît ensuite aussi vive que la veille.

X.... Névralgie du trijumeau à paroxysmes vespéraux. Le sulfate de quinine est resté sans action.

Digitized by Google

27 novembre. Antifébrine, 0gr,25 à 5 heures du soir ; *la douleur disparaît pendant 2 heures* et reparaît ensuite moins vive.

28 et 29 novembre. Antifébrine, 1 gramme. *Pas de paroxysmes, mais la douleur continue persiste.*

30 novembre et 1er décembre. Antifébrine, 1 gramme. Aucune action.

Enfin, dans un dernier groupe se placent les observations dans lesquelles l'antifébrine a donné un succès complet. Cette série comprend :

1° Deux cas d'ataxie locomotrice avec accès de douleurs fulgurantes dans lesquels l'antifébrine donnée au début de la crise à la dose de 0gr,25 à 1 gramme l'a fait à plusieurs reprises avorter régulièrement au bout d'un temps très court. Il est à peine besoin d'ajouter que l'évolution progressive de la maladie n'a été d'ailleurs nullement influencée.

2° Trois cas de névralgies trifaciales définitivement guéries après une ou plusieurs doses d'antifébrine.

3° Un cas de migraine : l'antifébrine prise au début de l'accès l'a fait constamment avorter, une seule fois exceptée;

4° Enfin, un cas de coliques saturnines qui montre que les douleurs viscérales n'échappent pas à l'influence favorable de l'antifébrine.

Voici, en résumé, quelques-unes de ces observations :

Névralgie du trijumeau. Victor T..., 56 ans. Névralgie très caractérisée du trijumeau avec paroxysmes quotidiens à 7 heures du matin.

17 mars. Antifébrine, 0gr,50 à 7 heures. La douleur n'apparaît qu'à 10 heures, aussi vive que les jours précédents.

18 mars. 0gr,50. Le paroxysme ne se produit pas; de plus, la douleur est beaucoup moins vive pendant la journée.

Le *27 mars,* la douleur reparaît aussi intense qu'au début. Antifébrine, 1 gramme.

28 mars. La douleur a définitivement disparu.

Migraine. S... (Marie), 27 ans; mère migraineuse, sujette elle-même à la migraine depuis l'âge de 19 ans. Accès tous les huit jours; l'accès débute le matin au réveil par des vertiges, des nausées et des vomissements; la douleur, extrêmement vive, occupe le front au-dessus de l'œil droit; la malade est incapable de travailler et est obligée de s'aliter. La nuit est généralement bonne : le matin au réveil, toute douleur a disparu.

15 juin 1887. Antifébrine, 0gr,25 au début de l'accès. *Pas de nausées ni de vomissements; au bout d'une heure et demie la douleur a complè-*

*

Digitized by Google

tement disparu et la malade peut rester levée et travailler toute la journée. Nouvel accès seulement le 1er mai ; cette fois l'antifébrine reste absolument sans effet.

27 mai. Nouvel accès. Antifébrine, 0gr,25. *Quatre heures après, la douleur a disparu, la malade peut se livrer à ses occupations ordinaires.* Depuis, la malade continue à prendre 25 à 50 centigrammes d'antifébrine à chaque accès ; au bout de quelques heures, la douleur disparaît régulièrement ainsi que les troubles gastriques.

Colique saturnine. V...., 53 ans, serrurier. Coliques avec constipation opiniâtre depuis huit jours. Liseré bleu des gencives. Vive sensibilité de l'abdomen surtout autour de l'ombilic.

11 juillet. Antifébrine, 0gr,50 à 9 heures du matin. A dix heures, les coliques ont disparu. Quelques douleurs dans la nuit du 11 au 12. Antifébrine, 0gr,50. Le malade sort le 15 sans avoir ressenti de nouvelles douleurs.

Ainsi sur 13 cas d'affections douloureuses diverses, l'antifébrine a donné 9 fois un résultat positif ; 4 fois elle a échoué complètement, mais encore faut-il observer que dans deux de ces cas elle n'a été essayée qu'une seule fois et à faible dose (25 à 50 centigrammes). Dans les cas où elle s'est montrée efficace, son action a été très rapide : la sédation a suivi de très près l'administration du médicament ; chez une femme affectée d'une névralgie du trijumeau, les douleurs disparaissent définitivement une heure après l'ingestion d'un gramme d'antifébrine ; dans les autres cas, c'est en général au bout de 2 à 4 heures que l'amélioration s'est manifestée. Ces faits, si peu nombreux qu'ils soient, nous semblent cependant prouver nettement les propriétés sédatives de l'antifébrine.

Nous pouvons donc conclure que l'acétanilide comme le sulfate de quinine et l'antipyrine est, en même temps qu'un puissant antithermique, un modérateur du système nerveux sensitif. L'influence de ces divers agents sur la calorification n'est du reste qu'un corollaire de leur action nervine générale. Girard (de Lausanne)[1] dit avoir démontré expérimentalement que l'antipyrine combat efficacement l'hyperthermie produite par l'excitation d'un centre thermogène encéphalique situé au bord médian de l'un des corps striés ; M. Lépine[2] a vu chez les animaux l'antifébrine produire

1. Congrès des médecins de la Suisse romande, 1887.
2. *Revue de médecine*, avril 1887.

Digitized by Google

la diminution de la sensibilité et de la température centrale ; il ne nous semble pas douteux que ces effets simultanés dérivent directement d'une action spéciale du médicament sur les centres gris thermogènes et sensitifs de l'axe cérébro-spinal. Ainsi s'expliquerait cette règle récemment formulée par Laborde : Tout modérateur thermique vrai est nécessairement modérateur des actes nerveux sensitifs ; tout antithermique vrai est un analgésique. Nous ne voudrions pas affirmer que cette règle soit vraie pour tous les antipyrétiques. Elle l'est pour le sulfate de quinine, le salicylate de soude, l'antipyrine, l'antifébrine, la kaïrine, la thalline. Nous n'avons jamais constaté que la digitale eût aussi une action analgésique.

Pour terminer, ajoutons que nous avons expérimenté plusieurs fois l'antifébrine dans la chorée, dans les contractures d'origine cérébrale ou spinale, et cela sans résultat notable.

Digitized by Google

Digitized by Google

TABLE DES MATIÈRES

I. — Maladies de l'appareil respiratoire.

Tuberculose pulmonaire. Pneumothorax limité à la base de la cavité pleurale gauche. Survie de quatre mois. Tuberculose méningée ultime. . 34
Tuberculose pulmonaire chronique. Néphrite interstitielle contemporaine. Cachexie progressive sans hypertrophie du cœur 39
Du cancer primitif du poumon 103

II. — Maladies de l'appareil circulatoire.

Insuffisance aortique d'origine rhumatismale. Mort par asystolie. Endocardite valvulaire végétante. Anévrysme valvulaire mitral. 15
Asystolie remontant à deux mois. Insuccès de la digitale. Gangrène ultime de la jambe gauche. Anévrysme partiel du ventricule gauche. Embolie dans l'artère poplitée 23
Insuffisance mitrale et aortique. Perforation de la valvule semi-lunaire aortique postérieure. Rupture de deux cordages tendineux de la valvule mitrale. 45
Endo-péricardite rhumatismale. Asystolie. Insuccès de la digitale et des autres médications. Embolies pulmonaires. Asphyxie de la jambe droite par thrombose de la veine poplitée. 57
Rhumatisme articulaire subaigu. Endocardite végétante mitrale. Infarctus rénaux et néphrite. Embolie corticale du cerveau. Urémie épileptiforme ultime 67
Anévrysme de la crosse aortique. Accès d'oppression par compression des nerfs vagues et récurrents. Tuberculose secondaire 92
Contribution à l'étude de la maladie bleue. 95

III. — Maladies du foie et des voies biliaires.

Abcès du foie par hépatite suppurée primitive. Métastase pulmonaire . . . 1
Alcoolisme. Ictère datant de trois semaines. Excitation maniaque avec hallucinations, coma et mort. Stéatose du foie avec commencement de cirrhose 5
Ictère grave primitif d'origine alcoolique. Mort en huit jours. Hépatite parenchymateuse et interstitielle 177
Sur deux cas de cancer primitif des voies biliaires 220

Digitized by Google

IV. — Maladies des reins.

Néphrite diffuse subaiguë. Urémie épileptiforme. Anasarque. Gros reins blancs. Foyer de ramollissement dans le lobule orbitaire droit. 60

V. — Maladies du péritoine.

Vaste collection purulente dans le flanc droit. Incision péritonéale ; 4 litres de pus. Amélioration momentanée, puis cachexie progressive. Mort. Tuberculose péritonéale et pulmonaire 37

VI. — Maladies de l'intestin.

Dysenterie chronique. Pyléphlébite et splénophlébite suppurées. Vastes abcès spléniques et périspléniques. 4

VII. — Maladies du système nerveux.

Hémiplégie gauche. Hémianesthésie passagère. Vaste foyer de ramollissement occupant la région fronto-pariétale droite y compris le pied de la troisième circonvolution 26
Néphrite interstitielle, hémiplégie droite, logoplégie. Foyers multiples de ramollissement cérébral 28
Hémiplégie gauche à marche progressive; attaques apoplectiformes. Gommes syphilitiques multiples. A l'autopsie, gommes de la moitié droite de la protubérance 31
Athérome artériel. Hémiplégie gauche persistante suivie de contracture avec hémianesthésie passagère. Foyers de ramollissement dans les corps opto-striés 42
Symptômes d'apparence cérébelleuse (vertiges, bruits subjectifs, surdité) traités par suggestion hypnotique. Mort par carcinome abdominal. Petit foyer dans le noyau lenticulaire gauche. 54
Détermination tuberculeuse dans le cervelet. Vingt-deux mois plus tard, méningite tuberculeuse mortelle. 118
Contribution à l'étude clinique des tumeurs du cervelet 133
Sur des troubles d'équilibration dans deux cas de tumeurs du lobe pariétal du cerveau 160
Méningite et pneumonie 174

VIII. — Maladies générales.

Fièvre typhoïde. Ataxie. Accélération primitive et faiblesse du pouls. Insuccès de la digitale. Engouement passif des poumons. Mort. 9
Fièvre typhoïde, délire, broncho-pneumonie. Abaissement momentané de la température par l'antipyrine. Mort. Splénite suppurée typhique 11

Digitized by Google

Fièvre typhoïde, broncho-pneumonie. Mort. Perforation gangréneuse du diaphragme 18
Fièvre typhoïde ataxique. Hépatisation ultime du lobe inférieur gauche . . 21
Fièvre typhoïde bénigne. Lypémanie anxieuse du 15e au 35e jour. Alimentation par la sonde. Éruption furonculeuse pendant la convalescence . . . 49
Sur une endémie locale mixte de gastro-entérite et de fièvre typhoïde. . . 72
Fièvre typhoïde d'intensité moyenne ; abcès périnéphrétique survenu pendant la convalescence ; incision et drainage ; guérison complète après sept semaines 113
Contribution à l'étude de l'intoxication diabétique. 121
Squirrhe atrophique latent du sein. Coxalgie cancéreuse. Plaques cancéreuses dans les vertèbres et les côtes. Cachexie 8

IX. — Affections diverses.

Sur deux cas d'insolation, l'un à forme tétanique bénigne, l'autre à forme hémorrhagique grave 85

X. — Thérapeutique.

De l'emploi de l'antipyrine dans le rhumatisme articulaire 180
Contribution à l'étude de l'antifébrine 228
De l'antifébrine contre le rhumatisme articulaire et la douleur en général . 239

Nancy, imprimerie Berger-Levrault et Cie.

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

COUNTWAY LIBRARY
HC 1JEZ C

Digitized by Google

Digitized by Google